



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA ÚNICO DE ESPECIALIZACIONES EN PSICOLOGÍA

“RELACIÓN ENTRE BURNOUT (DESGASTE PROFESIONAL) Y ASERTIVIDAD”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN **INTERVENCIÓN CLÍNICA EN ADULTOS Y GRUPOS**

PRESENTA:

ALUMNA: *MARTÍNEZ MEDINA DANIELA ALEJANDRA*

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: DRA. CORINA CUEVAS RENAUD

REVISOR: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS

MTRA. MARÍA SUSANA EGUÍA MALO

MTRA. BEATRIZ MACOUZET MENÉNDEZ

DRA. MARTHA LÓPEZ REYES

CIUDAD DE MÉXICO ,

2017



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.

ÍNDICE

índice	2
introducción	1
CAPITULO I Burnout (Desgaste profesional)	4
1.1. Definición del concepto	6
1.2. Diferencia con otros conceptos.....	9
1.3. Modelos explicativos	10
1.4. Medición del Burnout.....	14
1.5. Población que presenta el Burnout	15
1.6. Factores de riesgo.....	16
1.6.1. Organizacionales	16
1.6.2. Características sociodemográficas	18
1.6.3. Características de la personalidad.....	19
1.7. Impacto en la actualidad y sus consecuencias	20
CAPITULO II El entorno del médico residente de Pediatría en un Hospital de Tercer Nivel	23
2.1. Preparación del Médico con Especialidad en Pediatría.....	23
2.2. Facilitadores en los médicos residentes para generar Burnout	25
2.3. La importancia de las relaciones interpersonales en los médicos.....	27
Capítulo III Asertividad	33
3.1 Definición del concepto	33
3.2 Maneras de comunicación que no son asertivas	40
3.2.1 Agresivo	40
3.2.2 Pasivo	41
3.3 Barreras para ser asertivo	45
3.4 Comunicación Verbal.....	48
3.5 Comunicación no verbal.....	49
3.6 Características que favorecen la asertividad.....	54
Capítulo IV. Método	56
4.1. Planteamiento del problema.....	56
4.2. Pregunta de investigación.....	56
4.3. Objetivo	56
4.4. Tipo de estudio.....	57
4.5. Tipo de diseño	57

4.6. Hipótesis Estadísticas	57
4.7. Definición conceptual de variables.....	58
4.7. Variables sociodemográficas	58
4.8. Variables	58
4.9. Participantes	59
4.10. Contexto y escenario	59
4.11. Técnicas de recolección de datos	59
4.12. Procedimiento	62
Capítulo V. Resultados.....	66
5.1. Estadística descriptiva.	66
5.2. Análisis multivariado e inferencial	69
Capítulo VI. Discusión y conclusiones	81
REFERENCIAS.....	84

<u>Gráfica 1 Distribución de frecuencias por sexo.....</u>	<u>66</u>
<u>Grafica2. Frecuencias de la edad.....</u>	<u>66</u>
<u>Grafica 3. Distribución del estado civil.....</u>	<u>67</u>
<u>Grafica 4. Año de residencia en curso.....</u>	<u>67</u>
<u>Grafica 5 Distribución de la especialidad médica en curso.....</u>	<u>68</u>
<u>Grafica 6. Distribución de frecuencia de acuerdo al nivel de Burnout.....</u>	<u>68</u>

*«Las pequeñas emociones son las
grandes capitanas de nuestras vidas
y las obedecemos sin saberlo»*

*« Los pescadores saben que el mar
es peligroso y la tormenta, terrible.
Pero eso no les impide hacerse
a la mar. »*

Vicente van Gogh

AGRADECIMIENTOS

A mi madre Lolis quien pese a que partió de este mundo, antes de ver el resultado de esta tesis, siempre estuvo motivándome para sacarla avante y enfrentarme a los retos que se me presentaban; porque hasta el último momento me mostraste que hay que hacer las cosas con amor y de la mejor manera, simplemente gracias porque siempre confiaste en mí y tuviste esa capacidad de escucharme cuando lo necesite.

A la Universidad Nacional Autonomía de México, Facultad de Psicología por ser parte de mi desarrollo profesional y brindarme los recursos para mi formación como Psicóloga.

A ti Corina, porque te convertiste en esa motivación, en mostrarme que siempre hay alternativas y que cada decisión que elegía, tenía tu apoyo y confianza, porque como bien lo dijiste figuraste como esa madre académica y sin ti no hubiera llegado hasta aquí.

A ti Rebeca quien fuiste parte de mi crecimiento y me mostraste una filosofía de vida, porque siempre encontrabas esas palabras para entusiasmarme y generar distintas percepciones que generarán paz, asimismo, por ayudarme a adquirir habilidades tanto en la clínica como en cada uno de nosotros.

A cada uno sinodales Samuel, Macouzet, María Susana y Martha, quienes me apoyaron en tener la disposición y apertura en cada momento para aportarme sus mejores recomendaciones para este trabajo.

A ti papá Jorgito, quien en estos últimos tres años te has vuelto el mejor papá del mundo mundial, porque te has esforzado por ser padre y madre. También, por recordarme que todo esfuerzo tiene un resultado.

A ti hermana (alias junior) quien estuvo acompañándome en esos cambios y que cuando más te necesite estuviste dándome palabras de aliento.

A ti moshi porque eres la amiga incondicional y más que eso eres como mi hermana, siempre has estado conmigo y has sido gran cómplice de todas las aventuras de mi vida, y porque quiero hacerme viejita contigo.

A mi Comayita, por ser un ejemplo de querer es poder, porque siempre te he admirado por las metas alcanzadas, así como también darme el regalo de la hermosa Alanis.

A ustedes mis grandes amigas Yayis, Andy, Vivis y Pame quienes me mostraron lo que es una amistad ya que estuvieron en los mejores y peores momentos de mi vida y colaboraron para animarme a concluir esta tesis, gracias por siempre escucharme y acompañarme en cada momento.

A ustedes amigos Zutzuki, Lili, Ollin, Vale y Charly, quienes fueron parte de mis experiencias locas así como ser un ejemplo para lograr cada una de las metas, porque ¿A dónde vamos? A Ganar, gracias, por siempre enseñarme que hay que sonreír pese a las dificultades

A mis amigos José, Francis y Darsy por darme siempre palabras de aliento y estar apoyándome.

A ti Sol, por iluminarme con tus rayitos, tu apoyo incondicional y porque siempre me encaminaste para seguir y no darme por vencida.

Agradezco a todas las personas que tal vez no enuncie pero que me pasaron a dejar aprendizajes inigualables.

Resumen

Introducción: El Burnout ha cobrado importancia en las instituciones de salud debido a sus consecuencias físicas, emocionales y sociales. Éste se entiende como el estrés perjudicial que persiste durante un periodo prolongado de tiempo presentando agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Existen muchas causas que lo generaran, pero esta investigación se enfoca en las relaciones interpersonales y el impacto de la comunicación, como una estrategia para afrontar el estrés.

Objetivo: Conocer la asociación, fuerza y dirección entre el Burnout y la Asertividad.

Método: La investigación se realizó con 39 médicos de un hospital de Pediatría de Tercer Nivel pertenecientes a una institución de Salud Pública que se encontraban realizando su residencia en alguna de las especialidades. La muestra quedó conformada por 27 mujeres y 12 hombres., fue un estudio transversal observacional, comparativo y se empleó la Escala Multidimensional de Asertividad (Flores y Díaz-Loving, 2004) y el Inventario de Burnout de Maslach (Ortega y López, 2004), posteriormente se realizó un análisis factorial, y se procedió con una Correlación de Pearson.

Resultados: Se encontró que sí hay relación entre el “Burnout” y la falta de asertividad en médicos residentes. En los hombres se identificó una asociación positiva, es decir, al no reconocer sus errores, presentan agotamiento emocional ($p \leq .000$) y despersonalización ($p = .017$), mientras las mujeres ante la falta de asertividad ($p = .009$) muestran agotamiento emocional y despersonalización; a su vez la falta de asertividad ($p = .042$) se asocia con agotamiento emocional, despersonalización y realización interpersonal.

Discusión y conclusiones: Se halló una relación estadística entre el Burnout y la Asertividad; es decir, la asertividad es una herramienta para generar ambientes laborales propicios para desarrollar redes de apoyo.

Palabras clave: Burnout, Asertividad; médico, estresores y comunicación.

Abstract

Burnout syndrome has become an important issue to the health institutions due to its physic, emotional, and social consequences. It is understood as the harmful stress during a long period of time. It also includes emotional tiredness, depersonalization and a low personal accomplishment. There are many reasons that can cause it. This research focuses on the interpersonal relationships. That is why assertiveness is used as a strategy that could help in the prevention of the burnout syndrome.

Objective: To know the relation, strength and direction between the burnout and the assertiveness.

Method: The study was applied to 39 resident doctors (27 women and 12 men) and was conducted in a Third-level pediatric hospital which belongs to a Public Health Institution. It was an observational, transversal, and comparative study and it was used the Multidimensional Assertiveness Scale (Flores y Díaz, 2004) and the Inventory of Burnout of Maslach (Ortega y López, 2004). After that, it was done a factorial analysis and, finally, with a Pearson correlation.

Results: It was found a relation between the burnout and the lack of assertiveness. In the sample of the male doctors it is found a positive association. In other words, since they do not accept their own mistakes, they suffer emotional tiredness ($p \leq .000$) and depersonalization ($p = .017$). Meanwhile, due to the lack of assertiveness women doctors relate with the emotional tiredness and the depersonalization. The lack of assertiveness ($p = .042$) relate with the emotional tiredness, the depersonalization and the interpersonal accomplishment

Discussion and conclusion: It was found a statistical relation between the burnout and the assertiveness. Assertiveness is a tool to create appropriate job environments in order to develop support groups during the medical residency. However, there are other tools that can be used to complement these protection factors.

Key words: burnout, assertiveness, medical doctor, stressors and communication.

INTRODUCCIÓN

El estrés es perjudicial, si se mantiene durante periodos prolongados de tiempo, cuando ello sucede se genera el Burnout, mismo que se caracteriza por una respuesta inconveniente al estrés laboral crónico, una actitud fría hacia los receptores del servicio, baja percepción de su desempeño y una sensación de agotamiento emocional.

De acuerdo con las encuestas realizadas en 2012 por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), México es el país que ocupa el primer lugar en presentar estrés laboral; se encontró que el 75% de los empleados lo presentan y el 25% de los infartos está asociado con una enfermedad vinculada al estrés (Morante, 2012).

Se identificó que los prestadores de servicio social padecen dicho estrés dada la sobrecarga de trabajo y porque consideran que su esfuerzo no es valorado, lo que provoca que presenten agotamiento emocional debido a que sus expectativas no logran ser cubiertas por consiguiente se perciben poco eficaces (Freudenberg, 1974),

En los médicos se detectó que las causas estresantes en su entorno son: altas demandas del servicio, jornadas laborales extensas, relaciones interpersonales conflictivas, escasos incentivos económicos y sensación de injusticia; por ende se desarrolla el Burnout. Lo anterior, genera alteraciones en el ámbito psicológico, físico, social y organizacional; factores que son de riesgo para el desempeño de sus funciones; por este motivo, se consideró importante describir las situaciones adversas en un hospital de tercer nivel (Maslach y Goldberg, 1998).

En el trabajo realizado por Aranda, Pando, y Pérez (2004) se emplearon herramientas para crear ambientes laborales propicios con la finalidad de desarrollar redes de apoyo durante la estancia en la residencia y amortiguar los efectos negativos del estrés. De esta forma, se identificó que la asertividad optimiza la interacción entre ellos, tomado en cuenta que las relaciones interpersonales son parte cotidiana de los cursantes de la especialización; si estas son satisfactorias contribuirán al soporte de las situaciones tensantes, de lo contrario pueden convertirse en un factor desencadenante de Burnout.

Ante esta situación, el gremio de Medicina ha adoptado el término asertividad mismo que emplea la Psicología como respuesta para mejorar la comunicación ya que los conflictos de los médicos residentes se resolverían si tuvieran las habilidades para establecer una comunicación empática y asertiva afín de compartir ideas y generar mayor confianza así como firmeza en sus decisiones profesionales (Tena y Sánchez 2005).

Por lo descrito, se pretende conocer la relación entre el Burnout y la Asertividad a través de un modelo transversal en aras de abrir nuevas líneas de investigación que coadyuven a la mejora en el entorno donde se desenvuelven para disminuir los niveles de estrés.

En primer lugar se describirá qué es Burnout, las principales características que lo describen, asimismo, se hace una distinción del término con otros conceptos establecidos tales como depresión, ansiedad, estrés y fatiga. También, se enuncia los diferentes modelos que explican el desarrollo del Burnout, los principales factores que influyen para que se presente, así como la población que esta propensa y los instrumentos para identificar el Burnout.

Después se describe el entorno los médicos residentes, quienes son la población estudiada, así como los principales elementos que los hacen vulnerables para que presenten el Burnout y la importancia que existe en poner atención en los médicos ya que tratan con la salud de los usuarios.

En tercer lugar se aborda las interacciones con las personas que rodean al médico residente y una explicación del porque son consideradas como una forma de intervenir en el Burnot lo que conlleva a la estrategia de asertividad y los tipos de respuesta.

Existen diferentes tipos de respuesta que adoptamos con los demás , como son: agresivo (la expresión directa y hostil de los derechos personales y violentando el de los demás); pasivo (que la violación de nuestros interés y permitiendo que los demás

violenten nuestros derechos) y el asertivo (la comunicación de forma eficiente de nuestros derechos).

Estas respuestas pueden ser por comunicación oral, que es la articulación mediante palabras, también por medio de los mensajes no verbales como son los gestos, postura, así que por ambas se busca la congruencia para expresar de forma oportuna y cubrir las necesidades sin agredir a los demás. Por tanto se considera una habilidad que se adquiere para generar redes de apoyo en ambientes estresantes, para ser un soporte,

Se establece un método para el desarrollo de esta investigación describiendo las preguntas planteadas, los objetivos, el diseño, la población, las variables, el contexto y el procedimiento, para emitir los resultados y debatir sobre los mismos.

CAPITULO I Burnout (Desgaste profesional)

El estrés se ha considerado como una respuesta de adaptación del cuerpo ante un estímulo que produce peligro o que podría vulnerar la sobrevivencia; sin embargo, se puede volver perjudicial, cuando el individuo percibe varios estímulos y estos son constantes en efecto que no logre discriminar el factor dañino. Éste se muestra de diferente manera en las personas, es decir, lo que alguien puede percibir como estresante para otro no lo es, de igual manera el efecto y el manejo para hacerle frente son distintos (Ramos, 2008).

Por tanto la Organización Científica Británica reportó que el trabajo es una de las áreas que generan mayor estrés en la vida de las personas, de ahí que las Instituciones tanto gubernamentales como privadas se han inmiscuido en la temática con la finalidad de brindar soluciones puesto que consideran que ello es de vital importancia (Ramos, 2008). Es así que las encuestas realizadas en 2012 por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) señalan que México es el país que ocupa el primer lugar en presentar estrés laboral; dado que los resultados estadísticos reportan que el 75% de los empleados lo presentan y el 25% de los infartos está asociado con una enfermedad vinculada al estrés (Morante, 2012).

Las consecuencias del estrés laboral son: el ausentismo, movilidad de puesto, disminución de la productividad, insatisfacción laboral, bajos niveles de compromiso, pérdida del empleo, accidentes, enfermedades físicas y mentales; condiciones que impactan en el trabajador, la empresa y economía (Tonon, 2003; Ramos, 2008).

Asimismo, el estrés crónico se ha reconocido con el nombre de Burnout que hace referencia a la traducción de apagarse, fundirse o agotarse dentro del trabajo y se ha adaptado a la población hispanohablante como Desgaste Profesional (Moreno-Jiménez, Gonzalez, y Garrosa, 2001). Por cuestiones del instrumento empleado en esta investigación se utilizará el término de Burnout, el cual hace alusión al agotamiento que se experimenta después de un periodo de esfuerzo y dedicación a las altas demandas emocionales, lo que conlleva a que la persona se desmotive y muestre poco interés por el trabajo (Gálvez, Moreno, y Mingote, 2009).

Cuando la carga de trabajo excede los recursos individuales de manera constante, existe un deterioro significativo en lo emocional, cognitivo y físico, de tal manera que este conjunto de síntomas es considerado como un Síndrome. (Maslach y Schaufeli, 1993).

Para ello es importante conocer los primeros acercamientos con dicho fenómeno, los cuales comenzaron en los años 70s, al indagar las consecuencias que tenían las personas que lo presentaban, mismas que describían los cambios como poco comunes en comparación con los demás. El método que se empleó fue la observación mediante entrevistas, con la finalidad de nombrar el fenómeno y describir las características que presentaban (Gálvez, et al. 2009; Maslach, y Schaufeli 1993; Pines y Aronson 1988).

Derivado de lo anterior se encontró que las primeras personas que sufrieron el deterioro fueron los trabajadores de servicios sociales en el área de atención a la salud (Maslach y Schaufeli, 1993). De modo que el psiquiatra Freudenberg (1974) observó que los voluntarios que tenían una estancia mayor a un año en la clínica, desarrollaban sufrimiento, agotamiento emocional, pérdida gradual de la motivación y compromiso, además, de presentar síntomas físicos. Sumado a lo descrito, identificó similitudes con el trastorno adaptativo ante las demandas laborales, puesto que frente a las exigencias del trabajo y la falta de recursos adecuados denotaban un desajuste de percepción hacia el fracaso, por ende, ello da como respuesta una dificultad para hacer frente al medio.

En el mismo orden de ideas, la Psicóloga Social Christina Maslach (1976), en su interés por conocer sobre como las personas afrontaban el estrés en el trabajo, realizó entrevista a una gama de trabajadores de servicios humanos sobre el estrés emocional de sus puestos de trabajo y descubrió que las estrategias de afrontamiento tenían implicaciones importantes en el comportamiento laboral y la identidad profesional

Por otro lado ya se encontraba que dicho fenómeno aparecía en la literatura y tenía origen en sus dos autores: 1) Schwartz y Will (1953) que reportó el caso de Miss Jones una enfermera psiquiatra, la cual manifestó deterioro en el ámbito social 2) Graham Greene (1960) con la novela de "A Burnout Case", publicado en 1961, donde

relata la historia tormentosa y desilusionada de un arquitecto que decide abandonar su profesión y retirarse a la jungla africana (como se citó en Maslach y Schaufeli, 1993).

1.1. Definición del concepto

Con base en lo anterior, se describirán las principales perspectivas y definiciones dadas por las investigaciones para el desarrollo integral.

Freudenberger (1974) lo definió como un estado de fatiga o de frustración que se produce en la dedicación a una causa, forma de vida o de relación, que no produce el resultado esperado pese a que se tuvo el esfuerzo. Esta perspectiva clínica se caracteriza por la consecuencia del estrés laboral y se centra en los síntomas.

Posteriormente entre los años 1970 a 1990 existieron investigaciones que describían los síntomas, características y definiciones que podían percibirse, pero en realidad ninguna base teórica fuerte que pudiera dar una explicación. Sin embargo, es importante citarlos porque con base en las observaciones han permitido desarrollar las investigaciones más sólidas.

Edelwich y Brodsky (1980) lo definen como pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del deseo de alcanzar objetivos, que aparece en los profesionales de ayuda como resultado de sus condiciones de trabajo.

Entre otros autores se encuentra Pines y Kafry (1982) definiéndolo como: estado de agotamiento mental y emocional crónico, resultado de la implicación excesiva con la gente durante largos periodos de tiempo.

Mientras que Golembieski, Munzenrider y Carter (1983) lo especifican como el estrés laboral generado por la sobrecarga laboral o por la denominación pobreza de rol que es su antítesis; ambas situaciones producen a la persona: pérdida de autonomía, disminución de su autoestima, irritabilidad y fatiga.

Burke (1987) lo describe como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, lo que causa una desorientación, desgaste, sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, distanciamiento emocional y aislamiento.

Por otro lado, Cristina Maslach (1976) utilizó por primera vez el término de *Burnout* en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos, preocupada por desarrollar un modelo teórico consistente. Lo define como un “síndrome de agotamiento emocional y cinismo que ocurre con frecuencia entre los individuos que hacen 'trabajo de personas' de algún tipo” (Maslach y Jackson, 1981, p. 99) creando un modelo multidimensional que se caracteriza por tres componentes:

1) *Agotamiento emocional*: se refiere a la sensación de estar cansado y tener los recursos emocionalmente agotados. Las principales fuentes de este agotamiento son la sobrecarga y los conflictos personales en el trabajo. Las personas se sienten utilizadas, sin ninguna fuente de reposición careciendo de la energía suficiente para hacer frente a otro día u otra persona. Este componente representa la dimensión del estrés del desgaste profesional.

2) *Despersonalización*: alude a una respuesta negativa, insensible hacia las personas, que a menudo incluye una pérdida del idealismo del profesional, es utilizada como respuesta de auto-protección ante la preocupación individual, la sobrecarga del cansancio emocional, pero puede ser un riesgo de convertirse en deshumanización con las personas que lo rodean.

3) *Baja realización personal*: se explica que es una disminución de la sensación de la competencia y productividad en el trabajo. En consecuencia tienen sentimientos de ineficacia e incapacidad ante la demanda de trabajo, aunado al escaso apoyo social y falta de oportunidades para el desarrollo profesional. Ésta se caracteriza por una creciente sensación de inadecuación por su capacidad para ayudar a los clientes, teniendo como resultado un veredicto autoimpuesto de fracaso.

Entre otros autores se encuentran Pines y Aronson (1988) quienes lo describen como baja autoestima, fatiga física y emocional, sentimientos de desesperanza y pérdida de la motivación por el trabajo y persona, en conjunto desarrolla estrés en el ámbito laboral.

Mientras que Moreno, González y Garrosa, (2001) lo definen como la disfunción personal y profesional en el contexto laboral, existiendo deterioro, desgaste y una problemática interna de ahí que describieron la sintomatología y/o características del Síndrome de *Burnout*, los cuales se presentan en la siguiente tabla (1).

Tabla 1.
Síntomas descriptivos del desgaste profesional

Emocionales	Cognitivos	Conductuales	Sociales
• Depresión.	• Pérdida de significado.	• Evitación de responsabilidades.	• Evitación de contactos.
• Indefensión.	• Pérdida de valores.	• Ausentismo.	• Conflictos interpersonales.
• Desesperanza.	• Desaparición de expectativas.	• Conductas inadaptadas.	• Malhumor familiar.
• Irritación.	• Modificación del autoconcepto.	• Desorganización.	• Aislamiento.
• Apatía.	• Desorientación cognitiva.	• Sobre implicación.	• Formación de grupos críticos.
• Desilusión.	• Pérdida de la creatividad.	• Evitación de decisiones	• Evitación profesional.
• Pesimismo.	• Distracción.	• Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	
• Hostilidad.	• Cinismo.		
• Falta de tolerancia.	• Criticismo		
• Acusaciones a los clientes.	• Generalizado.		
• Supresión de sentimientos.			

Fuente: Moreno, Gonzalez, y Garrosa, 2001.

Verduzco (2013) lo señaló como: “un estado de deterioro de energía, de pérdida de motivación y de compromiso, acompañado de diversos síntomas físicos y emocionales” (p. 186).

En conclusión, las anteriores definiciones coinciden en 5 puntos, que son los siguientes:

- 1) Predominio de los síntomas disfóricos y negativos asociados al agotamiento emocional.
- 2) Relevancia de los aspectos psiquiátricos más que en los físicos.
- 3) Se enfocan a una enfermedad que se propicia en el área de trabajo.
- 4) Anteriormente no se ha tenido alguna patología y por lo tanto se presenta en personas sanas.
- 5) Da como resultado insatisfacción laboral y actitudes negativas.

1.2. Diferencia con otros conceptos.

Por otra parte, el Burnout se ha confundido con otros fenómenos, como son estrés depresión y fatiga de ahí que se describirá las diferencias:

En cuanto al Estrés, Maslach y Schaufeli, (1993) mencionan que los malestares físicos se presentan durante menor tiempo a diferencia del Burnout, puesto que aquí es persistente y el profesionista tiene la percepción de que ya agotó todos los recursos para hacerle frente. Posteriormente en 2009 Maslach complementa lo descrito añadiendo que el estrés se manifiesta en el cuerpo como un estado de alerta, sólo es por momentos y genera energía, permitiendo que el cuerpo reaccione ante un estímulo de manera positiva o negativa; sin embargo, en el Burnout, el individuo solo responde a los estímulos de manera perjudicial.

Respecto al término de Depresión la persona presenta los síntomas la gran parte del tiempo, existiendo una percepción de tristeza en todos los ámbitos de su vida, en cambio en el *Burnout* dicha sintomatología sólo se muestra frente al trabajo (Leiter y Maslach, 2001).

Sobre la fatiga física, los psicólogos Pines y Aronson (1988) percibieron que ésta se desaparece con el descanso mientras que el *Burnout* persiste, además encontraron que las personas que tienen fatiga, describen de forma distinta la sintomatología, sumado a que tienen sentimientos de autorealización.

En conclusión el Burnout es un fenómeno distinto de los mencionados. En el siguiente apartado se presentan los principales modelos explicativos del Burnout, así como las principales aportaciones de los autores.

1.3. Modelos explicativos

Se consideró la *Teoría Sociocognitiva (1987)* de Albert Bandura, retomando las siguientes ideas:

a) Las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben, dando como resultado que las cogniciones se vean modificadas por los efectos de sus acciones y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás.

b) La creencia o grado de seguridad por parte de la persona en sus propias capacidades determinará el empeño que pondrá para conseguir sus objetivos así como la facilidad o dificultad en obtenerlos y éstos influyen en las reacciones emocionales que presente.

Con base a la teoría descrita se desarrollaron los siguientes modelos:

Gil Monte y Moreno, (2007) describen el esquema de Cherniss, el cual explica que el individuo se encuentra constantemente ante el estímulo estresante que genera la percepción de ansiedad, fatiga emocional y física, surgiendo como consecuencia el *Burnout* que se caracteriza por un cambio de actitudes y conductas de carácter negativo.

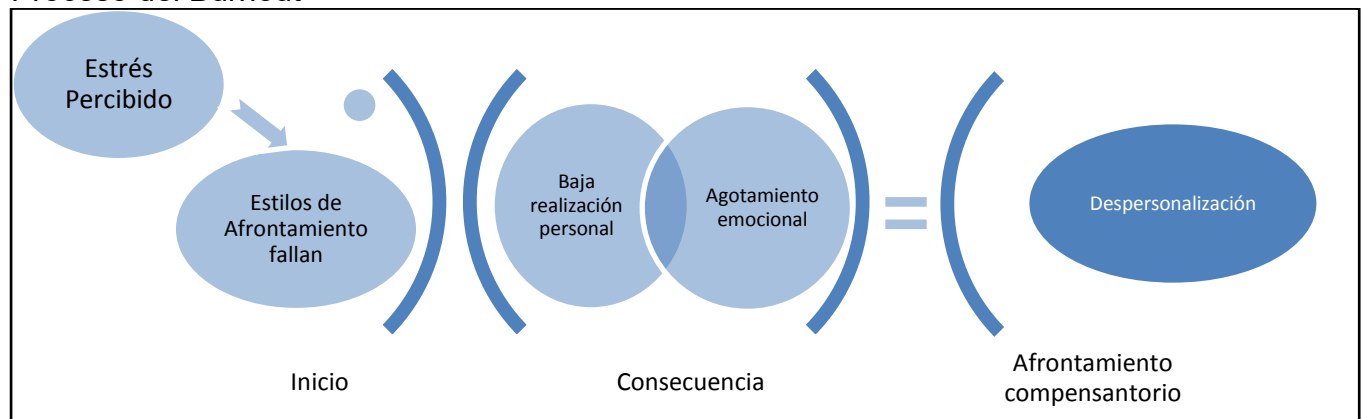
Por otra parte, en el modelo de la competencia social, Harrinson en 1983 expone cómo el empleado llega motivado al área de trabajo para realizar sus tareas, aunque en su contexto se encontrará con factores que le faciliten desarrollar su trabajo, dando como resultado que pueda percibirse con alta competencia social, de lo contrario al desenvolverse en un ambiente laboral que le impida alcanzar sus objetivos propiciará que su autoestima disminuya y desencadene *Burnout*.

Mientras que Thomson, Page, y Cooper (1993) describen que ante la percepción del estímulo estresor el individuo desarrollará la capacidad para autorregular el nivel de

estrés, si logra con efectividad dicho control entonces su estado de ánimo será óptimo y tendrá la autoconfianza percibida.

Otro de los *modelos* es el de Gil Monte y Péiro (1999) donde resaltan las emociones y cogniciones; ellos explican cómo ante un estímulo se genera una evaluación cognitiva causando de manera inmediata la activación de las estrategias de afrontamiento, pero al no lograr bajar los niveles de estrés, entonces se desarrollan consecuencias, como son una baja realización personal en el trabajo, sentimientos de agotamiento emocional y acciones de despersonalización (Veáse en la figura 1).

Figura 1.
Proceso del Burnout



Referencia: elaboración propia

Mientras que la teoría de equidad de género de Buunk y Shaufeli (1993) se focaliza en las relaciones interpersonales, donde mencionan que si el individuo percibe que existe un trato de igualdad con los receptores de servicio, compañeros y supervisores, entonces la persona sentirá autoeficacia; de no ser así aumenta la posibilidad de que desarrolle el *Burnout* y en sus interacciones posteriores denotará despersonalización en las mismas.

La teoría de Golembiewski (1983) aporta que si la persona cuenta con estrategias adecuadas como la autonomía y control logrará salir adelante en los problemas reflejando un autoconcepto positivo de sí mismo.

En esta misma línea explicativa Cox, Kuk y Leiter (1993) conceptualizan que las estrategias de afrontamiento serán las determinantes de los sentimientos de realización personal y esto tendrá como resultado el bienestar general.

Derivado de lo anterior se logró estructurar el concepto en tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, de ahí que los autores lo describirán de la siguiente manera:

Lazarus y Folkman (1986) mencionan que ante la falta de estrategias de afrontamiento eficaces, los profesionales perciben falta de realización profesional y a la par van en incremento el cansancio emocional y como resultado surge la despersonalización.

Figura 2.
Proceso de desarrollo del Burnout



Fuente: elaboración propia.

Posteriormente Golembiewski y Muzenrider (1988) difieren de los anteriores autores y describieron que lo primero que surge es la despersonalización ante las disfunciones de procesos de rol, la designación de rol no definido y la carga de trabajo, esto provocará una percepción de baja realización personal terminando en agotamiento emocional.

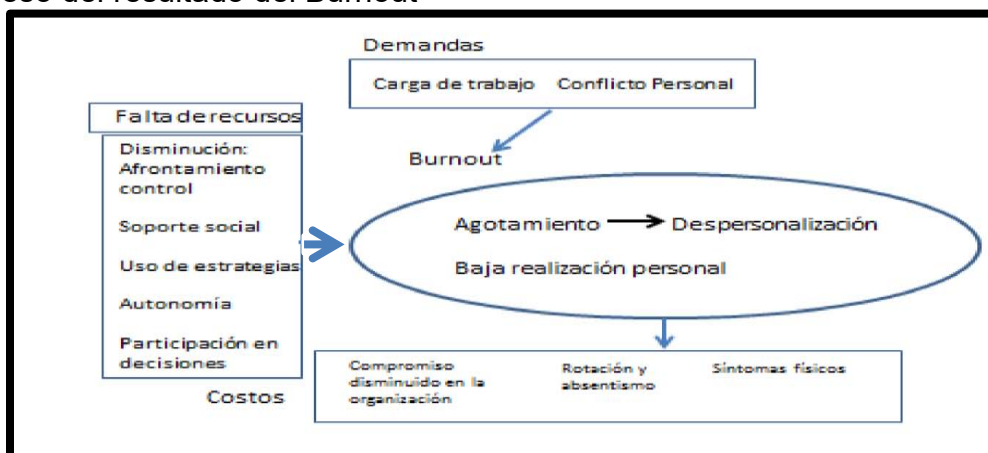
Figura 3
Proceso de desarrollo de Burnout



Sin embargo, Leiter (1993) lo percibe como un proceso, surgiendo primero el cansancio emocional ante la inestabilidad de las demandas organizacionales y la falta de los recursos personales, esto evolucionará a la *despersonalización* como una estrategia de afrontamiento y finalizará con baja realización personal.

Por último Leiter y Maslach, en la revista de Burnout and Health en 2001 consideraron que ante los estresores constantes aparece como primer nivel el afrontamiento, pero al no resolver estas demandas, surge el agotamiento emocional y conlleva a que consideren que los pacientes son los culpables, ignorando lo que sucede dando como resultado una baja percepción de eficacia.

Figura 1.
Proceso del resultado del Burnout



Fuente: Maslach C. y Leiter P. (2001)

1.4. Medición del Burnout

Se consideró relevante usar métodos que identificarán inmediatamente la presencia de Burnout en los individuos, así como para realizar las investigaciones respectivas, es por ello que se crearon los siguientes instrumentos:

En el periodo comprendido de 1981 a 1986, Maslach y Jackson diseñaron el Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory, MBI); el cual se ha aplicado en un 90%, por considerarse el más utilizado, ya que el instrumento logró darle mayor soporte a la definición operacional. En la primera versión se utilizaban 25 ítems que constituían cuatro dimensiones pero se redujeron a 22 ítems y a solo tres dimensiones que son: agotamiento emocional (9 ítems), despersonalización (5 ítems), y realización personal en el trabajo (8 ítems), con respuesta estilo Likert de 0 a 6, en un inicio daba intensidad y frecuencia. Pero en la segunda edición (Maslach et al 1986) eliminan la intensidad por su elevada correlación encontrada entre ambas medidas.

En cuanto a la consistencia (Jackson et. al. 1986) se encontró que ésta va de 0.75 a 0.90 y la confiabilidad en test-retest en periodos de hasta cuatro semanas, teniendo un rango entre 0.60 y 0.80. (Gálvez, Moreno, & Mingote, 2009). Además de ser el instrumento más utilizado a nivel internacional y el que mayor número de investigaciones empíricas sostiene.

No obstante, la literatura nos explica que cuando se aplicó este instrumento a personas que no eran profesionales asistenciales el resultado arrojaba datos ambiguos y detectando que la escala de despersonalización no aplicaba a esa población.

Otro de los instrumentos que se utilizó fue MBI-General Survey (MBI-GS) se usó para los profesionales fuera del ámbito asistencial, consta de 16 ítems, éstos evalúan las dimensiones de agotamiento emocional, realización personal y cinismo. Se ha adaptado al castellano alcanzando la validez de constructo y confiabilidad.

Referente al Cuestionario "Burnout Measure" (BM) de Pines y Aronson (1988) presenta una confiabilidad aceptada en test-retest, éste cuenta con 21 ítems escala

likert con siete denominaciones, donde va de un rango de nunca a siempre. Además ha mostrado una correlación positiva con las escalas del MBI-GS (Enzmann, Schaufeli, Janssen, y Rozeman, 1998).

En cuanto al Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) de Gil Monte y sus colaboradores en 2005, dirigido al personal hospitalario, cuenta con 20 ítems en escala likert que van de un rango de nunca (0) a todos los días (4), tiene una consistencia interna superior a 0.70 para cada escala; a su vez se divide en cuatro dimensiones la primera es Ilusión por el Trabajo que consiste en el deseo del individuo para alcanzar sus metas laborales, las cuales son fuente de realización; la segunda es Desgaste Psíquico que agrupa el agotamiento emocional y físico por la frecuente intervención con los pacientes; la tercera se refiere a la Indolencia que es la aparición de las actitudes negativas o de indiferencia hacia los receptores del servicio y la última que alude a la Culpa donde aparecen los sentimientos de descuido por el comportamiento y actitudes negativas desarrolladas en el trabajo.

1.5. Población que presenta el Burnout

El burnout se presenta con mayor prevalencia entre las ocupaciones de prestadores de servicios humanos como: educadores, médicos, enfermeras, trabajadores sociales y psicólogos; además algunas profesiones como activistas políticos, deportistas, atención a clientes, etcétera (Maslach C. *et al.* 1993).

Pero una de las profesiones a la que se ha prestado atención es a los médicos, por tener un mayor impacto en el área laboral, debido a que están expuestos a constante estrés provocando que desarrollen Burnout y como consecuencia afecte el servicio brindado.

Además se identificó que los médicos al estar constantemente en relación con el paciente y su cuidado, experimentan emociones que pueden ser gratificantes, como por ejemplo cuando los pacientes se recuperan, sin embargo, hay otras experiencias que son emocionalmente estresantes tales como el trabajo con pacientes graves, con actitudes renuentes, el tener que dar una mala noticia al paciente o sus familiares, tratar temas de muerte con el enfermo y conflictos con un compañero de trabajo o supervisor.

Es así como Leiter y Maslach (2001) explican que ante las experiencias desagradables, los profesionales de salud utilizan estrategias como moderar su compasión por los pacientes, distanciamiento psicológico, evitación de la implicación emocional y manteniendo objetividad, están con la finalidad de protegerse frente a los sentimientos desagradables.

Este tipo de acciones en el profesional se han vinculado a la falta de preparación emocional, además su forma de responder se considera como una falta de profesionalismo, mismo que repercute en posteriores intervenciones, perdiendo la calidez con los enfermos y eficiencia en el trabajo; de ahí que es importante analizar algunas condiciones externas que aumentan la posibilidad de que presente el Burnout.

1.6. Factores de riesgo

En el interés por conocer las condiciones que propician el Burnout y los diversos factores que se derivan son clasificados en:

1.6.1. Organizacionales

Este rubro se relaciona al ámbito laboral y circunstancias en la que se desenvuelve el empleado, de ahí que se describe una línea de investigación que hace mención de los mismos (Leiter y Maslach, 2001; Maslach, Schaufeli, y Leiter, 2001; Maslach y Leiter 2003; Maslach, 2009).

1) Sobrecarga Laboral: se refiere a las actividades que son demandantes, con poco tiempo para realizarlas o no tener los recursos suficientes para dar solución, lo cual da como resultado un desequilibrio entre la persona y el trabajo a realizar.

2) Falta de control: alude a la percepción de insuficiencia de control ante las tareas laborales y se ha asociado a los elevados niveles de estrés, ejemplo de ello, es que en algunas organizaciones se le da la libertad al trabajador de actuar con autonomía para solucionar los problemas, pero es un riesgo si no se cuenta con los

recursos necesarios o no se le instruyó, dando como resultado la inestabilidad y estrés en el accionar.

3) Recompensa insuficiente: se define como la falta de retribución equitativa al esfuerzo realizado, es decir, el trabajador se empeña en su totalidad para recibir del ambiente el reconocimiento de los logros obtenidos. Existen dos tipos de recompensas: las primeras son económicas como son los bonos especiales y la segunda que es el reconocimiento, cuando el individuo busca la constante retroalimentación de lo que hace y de la calidad de su trabajo.

4) Quiebre de la comunidad: se refiere a las relaciones que establece la persona dentro del ambiente de trabajo con los compañeros, colegas, receptores del servicio, familia y/o etcétera; éstas son de dos tipos la primera cuando las interacciones son fructíferas, estables y de apoyo para el desarrollo de sus actividades así como en la colaboración para establecer acuerdos a fin de lograr solucionar los problemas presentados y la segunda se caracteriza cuando la persona adopta una actitud hostil y de insatisfacción laboral generando un ambiente conflictivo.

5) Sensación de Injusticia: es la percepción o distorsión del individuo frente a situaciones pequeñas o insignificantes, de manera que las maximiza al recibir un trato injusto e inequitativo, causando molestia, enojo, hostilidad, rabia y cinismo; de ahí que la persona buscará los recursos para dar respuestas a los conflictos, de no ser así denotará resentimiento, por lo que buscará devolver la situación injusta en circunstancias posteriores donde él tenga el control u optará por aislarse del escenario demostrando indiferencia ante los hechos.

6) Conflicto de valores: se describe como los ideales y metas que busca alcanzar el trabajador, éstas son las que lo motivan a mantenerse en el trabajo tanto por las actividades que desarrolla como por las ganancias obtenidas.

De esta forma, es importante explicar que cuando el trabajador no ve cubiertas sus expectativas y la dinámica Institucional no se ajusta con sus valores personales se produce una pérdida de la motivación, esto conlleva a que presente el Burnout, de modo que se considera importante complementar lo ya descrito con las diferentes variables individuales que lo llevan a ser vulnerable.

1.6.2. Características sociodemográficas

Se describe a continuación algunas condiciones que hacen propensa a la persona para desarrollar el Síndrome de Burnout, éstas son:

Estado Civil: se percibe que las personas que están solteras son propensas a presentar Burnout, a diferencia de las que tienen hijos, independientemente de que sean casados o divorciados (Beltran, Pando, Torres, Salazar, y Franco, 2005). Esto se debe a que los que tienen familia denotan madurez emocional porque sus consanguíneos le dan contención en las situaciones conflictivas, por lo contrario las personas solteras depositan mayores expectativas en el trabajo (Flichtentrie, Grau, Suñer, Prats, y Braga, 2009).

Edad: se identificó que hay mayor incidencia en las personas jóvenes de 20 a 30 años, debido que en este período se encuentran en el inicio de la vida laboral por ende que carecen de experiencia; esto fue considerado porque a mayor edad se logra tener un amplio repertorio de las estrategias de afrontamiento (Gálvez, Moreno y Mingote 2009; Maslach y Schaufeli 2001).

Género: las mujeres presentan mayor prevalencia, porque se consideran más emocionales aunado a que después de sus actividades laborales tienen que adoptar el rol de madre y realizar tareas domésticas, lo que conlleva a que presenten sobrecarga dando como resultado el agotamiento emocional (Graue, Álvarez, y Sánchez, 2008).

Escolaridad: conforme existe un mayor grado de estudios se le delega más responsabilidades por ende la demanda de resultados. Además, el tener un alto nivel educativo genera que depositen expectativas elevadas en sus puestos de trabajo y al

no alcanzar sus metas presentan ansiedad (Maslach y Scaufeli 2001; Beltran, Pando, Torres, Salazar, y Franco, 2005). Lo citado se corroboró en un estudio realizado por Borbolla y Domínguez (2007) donde las personas que tenían un grado superior de estudios presentaban niveles elevados de Burnout reflejando cansancio y bajo rendimiento.

1.6.3. Características de la personalidad

Se identificó que las personas que tiene mayor nivel de estrés son las que buscan un control externo, es decir, que hacen atribuciones de sus logros y las mismas circunstancias a cuestiones de suerte en comparación con las que tienen un control interno, quienes asocian sus logros al empeño demostrado.

En cuanto a los estilos de afrontamiento se encontró que la presencia de Burnout tiene una relación estrecha con la pasividad y defensividad, *en* comparación con las personas que son activas y confrontativas. Sumado a lo anterior, en el estudio Gantiva, Tabares y Villa (2010) encontraron que las estrategias de afrontamiento que están relacionadas con el Burnout son espera, evitación emocional y expresión de la dificultad para afrontarlo; mientras que las que no se asocian son la capacidad de solucionar problemas y reevaluación positiva.

Además Parkes (1998) indica que los sujetos “tipo A” quienes se caracterizan por la impaciencia, competitividad, adicción al trabajo y querer obtener resultados están constantemente estresados, lo cual implica que desarrollen Burnout, en contraparte con la personalidad de Hardiness que se caracteriza por tener compromiso, control y combatividad en situaciones de estrés, dando como resultado que sus acciones estén encaminadas a dar soluciones oportunas y disminuya los estímulos estresantes (Ramos, 2008; Gálvez, Moreno, y Mingote, 2009).

En resumen, es importante considerar tanto factores internos y externos que influyen en la presencia del Burnout, de igual modo se recomienda enfatizar la detección oportuna en los profesionales que brindan servicio a la comunidad ya que

ellos son vulnerables y las consecuencias impactan en su calidad de vida así como en el ámbito personal y profesional.

1.7. Impacto en la actualidad y sus consecuencias

En la actualidad la Organización Mundial para la Salud CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades), reconoce el *Burnout* como una enfermedad descrita en el índice internacional: “Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)”, dentro de la categoría de Z73 de “problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida”.

En el año 2000, en España se consideró como un factor de riesgo en el trabajo, motivo por el que se reconoció en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (ley 31/1995 de 8 de noviembre BOE n° 269 de 10 de noviembre 1995).

Mientras en México se encontró una prevalencia del 5.9% al 2.9%, donde los profesionales que tienen un mayor impacto son los médicos con el 12% (Flichtentrie, Grau, Suñer, Prats, y Braga, 2009). Lo anterior se complementa con un estudio realizado por Borbolla y Dominguez en 2007, en donde la muestra se obtuvo de un Hospital de Pediatría del Estado de Sonora conformado por 58 médicos, en dicha investigación los resultados fueron los siguientes: 27.5% en grado severo, 44.8% en moderado y 27.5% en leve; en comparación con un Hospital del Estado de Guadalajara, donde en una población de 197 médicos se encontró un 41.8% de prevalencia (Beltran, Pando, Torres, Salazar, y Franco, 2005).

En otras palabras, lo mencionado es importante porque impacta en el desempeño laboral, ya que presentan errores o accidentes en el contexto donde se desenvuelven, causando un perjuicio al individuo así como a quienes lo rodean (Uribe, 2008). Ejemplo de ello, se mencionan las consecuencias en los diferentes ámbitos:

Físicos: agotamiento, dolor, tensión muscular, insomnio, cefaleas, enfermedades respiratorias, enfermedades gastrointestinales, aumento en la tensión arterial,

problemas cardiovasculares, hipertensión, dolores musculares e insomnio (Tonon, 2003).

Sociales: aislamiento, encierro en sentimientos de fracaso, conflictos con sus compañeros, pacientes, superiores y familiares; existiendo como tal un deterioro de las relaciones interpersonales (Álvarez, Medecigo, y Ibarra, 2010; Graue, Álvarez, y Sánchez; Tonon, 2003).

Organizacionales: absentismo, mala calidad con los receptores de servicio, disminución de los estándares laborales, menor creatividad, dificultad para solucionar problemas y maltrato al personal (Maslach, 2009).

Lo que en conjunto propicia la insatisfacción en el desempeño de sus funciones y consigo la pérdida de empleo, de manera que la empresa es la afectada al tener que contratar nuevamente y esto implica mayores costos (Uribe, 2008).

Recapitulando, el estrés puede llegar a ser perjudicial, si se mantiene en un periodo de tiempo donde el individuo ya no logra percibir los estímulos que realmente pueden dañarlo, por lo que podría causar el Burnout, que se caracteriza por una respuesta crónica al estrés laboral, con una sensación de agotamiento emocional, aunado a una actitud fría hacia los receptores del servicio y percepción de baja realización en sus actividades; a diferencia de otros fenómenos, porque dichos síntomas se presentan frente a las demandas de trabajo y no desaparecen con solo descansar.

En las primeras personas que se identificó el Burnout fue en los prestadores de servicios sociales, debido a que generaban expectativas las cuales no se cumplían por la sobrecarga de trabajo aunado a que percibían que su esfuerzo no era valorado dando como respuesta el agotamiento emocional, indiferencia al realizar sus actividades y una percepción de poca eficacia. Sumado a lo anterior se describen tanto riesgos organizacionales como sociodemográficos como son la sobrecarga laboral, falta de control, recompensas insuficientes, sensación de injusticia, conflicto de valores, el estado civil, edad, género y escolaridad.

Dado lo anterior en el siguiente capítulo se abordará las condiciones en las que se desenvuelven los médicos residentes de un hospital de pediatría de tercer nivel, ello con la finalidad de conocer los factores predisponentes para el fenómeno del Burnout

CAPITULO II El entorno del médico residente de Pediatría en un Hospital de Tercer Nivel.

Se ha percibido que los estudios de la carrera de Medicina General, ya no son suficientes en la actualidad, debido a que la población mexicana se enfrenta a una diversidad de problemas en la etapa de la infancia; a los profesionales se les ha demandado más investigación, uso de nuevas tecnologías y conocimientos de los tratamientos eficientes. De esta forma, para continuar la preparación académica emergen las Especializaciones.

Casas, Rodríguez y Galena (2013) definen al estudiante de la Especialización como “el profesional que ingresa a una unidad médica receptora para realizar una residencia médica o Especialidad, la que se caracteriza por un conjunto de actividades académicas, asistenciales y de investigación que tiene como obligación cumplir el tiempo estipulado en los programas académicos y operativos correspondientes. Además, éstos deben estar avalados y supervisados por una institución universitaria” (p. 2). Es por ello, que a continuación se describirá la preparación académica de dicho profesional en la Especialidad.

2.1. Preparación del Médico con Especialidad en Pediatría

Para ser admitido por las Especialidades de Pediatría se necesita que el médico haya concluido sus estudios y cuente con el título de médico general, para lo cual cursó 2 años en formación teórica, 2 años en hospitales, 1 año de internado, 1 año de servicio social y por último seleccionar alguna de las alternativas para titularse.

Posteriormente para realizar la Especialidad en Pediatría, de acuerdo al Plan Único de Especializaciones Médicas (PUEM) aprobado por el Consejo Universitario de 1994, se realiza un examen donde se pide un mínimo de 69 aciertos, depende de dichos aciertos la sede a la cual ingresará, siendo la permanencia de 3 años y con opción a tomar una subespecialidad con una duración de 1 a 3 años más.

Dentro de las Especialidades Pediátricas que se encuentran son las siguientes: Alergia e Inmunología Clínica, Anestesiología, Cardiología, Cirugía Cardiotorácica, Cirugía, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Nutrición, Genética, Medicina Crítica, Medicina Maternofetal, Nefrología, Neurocirugía, Oncología, Otorrinolaringología, Patología, Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, Reumatología y Urgencias; dichas Especialidades se encuentran en 24 sedes de la República Mexicana; estas sedes dependen del número de aciertos y la propuesta de las plazas disponibles en cada Institución pública o privada; en el Hospital de donde se obtuvo la muestra se ofertan 190 plazas para las Especialidades, con opción de Subespecialidad.

Dentro de las sedes se encuentra este Hospital de Pediatría de Tercer Nivel donde se realizó la investigación, aquí donde se reciben y da la atención a pacientes que son enviados de los Hospitales de la región sur, de los Estados de Chiapas, Guerrero, Morelos y Querétaro; así como de la zona metropolitana, y en algunas otras ocasiones brindan apoyo a otras unidades médicas de Alta Especialización del país.

Este hospital está conformado por 183 médicos, 162 residentes y 687 enfermeras, entre otros especialistas. En un día de trabajo se otorgan aproximadamente 250 consultas, hacen 18 cirugías, se cuenta con 184 camas para los pacientes que necesitan hospitalización, atiende alrededor de 180 enfermos que se encuentran en recuperación y en cuanto a los de urgencias oscilan en 40 pacientes de urgencias.

De acuerdo con Gálvez, et al. (2009) los residentes en Pediatría dan la atención a los pacientes desde la etapa de gestación hasta cumplir 15 años. Sus funciones consisten en: otorgar la atención especializada, hospitalización, apoyar la prevención de enfermedades, dar prescripciones, rehabilitar, implementar tratamientos, orientar al enfermo y a su familia. Además como estudiante de la Especialidad lleva a cabo tareas de investigación, docencia, organización y administración del Hospital; por todo lo anterior el residente se hace acreedor a una beca mensual para el apoyo de sus gastos, un lugar de descanso y acceso al comedor del Hospital.

Cabe mencionar, que la institución delega la responsabilidad al médico para que haga uso de su experiencia teórica como practica con la finalidad de desarrollar sus capacidades de reflexión, observación clínica y forjar un criterio en la problemática del paciente (Mingote y Gálvez, 2007).

Tomando en cuenta que hoy en día se ha acrecentado el número de pacientes que requieren de los servicios médicos, y a su vez que demandan una revisión inmediata y exhaustiva; razón por la que las instituciones gubernamentales han incrementado los requerimientos en los médicos residentes, de ahí que les exijan eficacia y eficiencia en sus funciones, lo cual implica constante estrés en ellos (Gálvez, Moreno, y Mingote, 2009).

Lo anterior denota las situaciones estresantes a las que se enfrentan los médicos en formación, por lo que se considera un grupo vulnerable, pese que exista la norma interna de residentes en periodo de adiestramiento, la cual hace alusión al establecimiento de horarios y jornadas de 30 horas, en varias ocasiones la misma demanda exige al residente incrementar sus horas laborales, y éstas se extiendan a periodos que van desde 6 o 7 días a la semana (Martinez , Medina, y Rivera, 2005).

2.2. Facilitadores en los médicos residentes para generar Burnout

En el entorno del médico residente existen elementos que generan el estrés, a continuación se puntualizan:

Gálvez, et al. en 2009 mencionan que los factores que impactan para presentar Burnout son el número de enfermos que les asignan al día y el tiempo de atención que tienen como límite de 10 minutos por paciente. Sumado a la gestión del expediente clínico es decir, llenar los papeles, pedir pruebas de laboratorio, solicitar los consentimientos informados, elaborar recetas y certificados; a su vez con las encomiendas de cubrir guardias, la complejidad de las técnicas, dificultad en recuperar la información dado al poco apoyo de sus colaboradores y horarios extenuantes (Mingote y Gálvez, 2007; Gálvez, Moreno, y Mingote, 2009).

Aunque es importante señalar que una vez que el médico tiene manejo y control de las adversidades descritas y logra adaptarse podrá generar satisfacción profesional, lo cual desarrollará en el profesional compromiso hacia la institución ya que cuenta con confianza en sí mismo para ejecutar las encomiendas así como una proyección positiva de los resultados ganando experiencia profesional y personal (Rossi, y et al. 2007; Barreto 2001 en Aranda, Pando, y Pérez, 2004)

Por otra parte, el género es un factor a considerar, ya que la incorporación de la mujer en la carrera de medicina ha sido trascendental en la evolución, lo que se ha valorado en los países desarrollados, pues inicialmente a la joven se le asumía responsabilidades del cuidado de los hijos y labores domésticas, sin tener la participación en dicha profesión; pero en la actualidad es la mujer quien se posiciona, consiguiendo que las aulas aumenten en un 50%; aunque se ha documentado que aún se presentan obstáculos que van desde discriminación de género, embarazo, problemas familiares, y hostigamiento (Cortés, Fuentes, López, Velázquez, Farías, Olivares y González 2005).

Además, se siguen presentando diferencias por género, en la cual las médicos muestran preferencia en desarrollarse dentro de las especialidades en Laboratorios, Rehabilitación, Pediatría; Problemas Preventivos, Psicosociales y Medicina General (Gálvez, et al. 2009).

Sumado a lo anterior, se identificó la presencia de estrés crónico en la mujer debido que en ella se acentúan las emociones de enojo y tristeza, por lo cual se muestra más sensible ante el comportamiento autoritario de los residentes de grados superiores y frente a las emociones de sus pacientes (Bustamante, et al. 2014). Además, en el estudio de Graue Wiechers, Álvarez Cordero, y Sánchez, que se realizó en 2008 se encontró que el género femenino presenta mayor agotamiento emocional, porque están expuestas al acoso sexual tanto de médicos como residentes, sumado a las presiones de familiares, cónyuge y/o amigos, incluso que experimente desaprobación por el hecho que está embarazada o en periodo de lactancia durante la residencia.

En pocas palabras, los aspectos mencionados repercuten en su calidad de vida, interfiriendo en sus relaciones interpersonales que se caracterizan por ser nulas e ineficientes con compañeros, supervisores, profesores, autoridades, trabajadores de otras categorías. (Aranda, Pando, y Pérez, 2004; Complido, Campos, y Chávez, 2007; García, 2011; Morales, Carreño, Luque, y Sanchez, 2010; Ortiz, Jaimes, Tafuya, Mujica, Olmedo, y Carrasco, 2014; Reséndiz, 2012; Sogi, Zavala, Olivares, y Salcedo, 2006; Tamayo, 2007).

2.3. La importancia de las relaciones interpersonales en los médicos

Sumado a lo anterior, las relaciones interpersonales son consideradas importantes porque permiten la adaptación del ambiente hospitalario, ya que amortiguan los efectos negativos del estrés, proporcionando apoyo social y por ende aumentan los sentimientos de eficacia y sentido de pertenencia (Aranda, Pando, y Pérez 2004).

Es por ello, que la misma carrera médica le ha dado lugar a la comunicación durante los primeros semestres con materias relacionadas a dicho tema, específicamente en el trato con el paciente, no obstante, se ha encontrado que a pesar de que los médicos han cursado las asignaturas, aún no logran ser empáticos con el receptor de servicio (Sogi, Zavala, Olivares y Salcedo, 2006).

Sin embargo, se le ha restado la importancia en generalizar las habilidades de la comunicación con otras personas de su entorno, por lo que podría ocasionar ambientes ríspidos que desarrollen la posibilidad de presentar el Burnout (Resendiz, 2012).

En resumen, si las relaciones interpersonales son satisfactorias podría facilitar la adaptación, tomando en cuenta que el individuo debe tener ciertas habilidades sociales como: iniciar una conversación, saber comunicar lo que le sucede, así como identificar el espacio donde lo puede hacer. Por tal motivo en esta investigación se retoma las interacciones sociales, para conocer si existe una asociación entre las relaciones

interpersonales y el impacto del Burnout; porque en la estancia del Hospital se observó que el profesional tiene diversos vínculos que podrían favorecer en la calidad de vida; de ahí que se describirá como es la dinámica con cada persona que trata.

En cuanto a la relación médico-paciente Mingote y López en 2005 lo definen como “una relación interpersonal de trabajo que está orientada al diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y a la educación para la salud del enfermo” (Gálvez, Moreno, y Mingote, 2009, p. 78).

En este sentido se encontraron diversos estudios sobre el impacto que tiene en la adherencia al tratamiento del enfermo y con ello en su pronta recuperación, ya que al ser óptima, el paciente estará atento a las indicaciones receptoras de su salud Como resultado de un vínculo satisfactorio se genera: mayor satisfacción del médico y el paciente, adherencia a los planes de tratamiento, decisiones médicas adecuadas mejores resultados de salud y disminución de incidencias de las demandas legales (Gálvez, Moreno, & Mingote, 2009; Sogi, Zavala, Olivares, & Salcedo, 2006; Tamayo, 2007; López Ibon, 1999; Tena Tamayo & Sánchez González, 2005).

De igual modo se encontró en la investigación de Sogi, et al. (2006) que los médicos residentes perciben que la falta de habilidad en la comunicación con el enfermo es porque no cuentan con el tiempo necesario para explicar con detalle las indicaciones debido al número de pacientes teniendo por consecuencia que el profesional no se preocupe por brindar calidad en el servicio, dando mayor relevancia al llenado de los trámites burocráticos, además el vocabulario técnico que utilizan afecta el entendimiento e interés por parte del paciente es así que por la premura no se detienen a percatarse si el solicitante del servicio entendió las indicaciones (Gálvez, Moreno, y Mingote, 2009).

En conclusion, la mala comunicación con el tratante genera quejas, preocupaciones, e insatisfacción de los pacientes, que desencadenan en demandas legales para el médico, por lo que se identificó la necesidad de poner énfasis en estas interacciones (Reséndiz, 2012; Coeto 2011).

Asimismo de acuerdo al estudio de Villanueva, Parra, De la Rosa, Gámez y Gómez (2011) otra interacción que es causante del estrés es con el supervisor, la cual se caracteriza en el adiestramiento de las actividades teórico-prácticas así como en la verificación de las ejecuciones del cursante; donde los residentes de mayor grado supervisan a los de menor rango, dicho método es conocido como vertical o cascada; este tipo de supervisión es incuestionable y por eso es importante que los responsables no pierdan de vista reglas y normas para tomar decisiones (Morales, Carreño, Luque, y Sanchez, 2010), sin embargo, el tener esta jerarquía conlleva a que adquieran poder, de modo que pueden actuar de manera indiscriminada ante los supervisados y aprovechar para hacer mal de dichas diligencias; colocando al aprendiz en una posición vulnerable (Morales, Carreño, Luque, & Sanchez, 2010)

Dichas maneras de aprendizaje pueden volverse conductas inoportunas por parte de los supervisores dando como resultado de manera correctiva castigos inapropiados, regaños en presencia de los pacientes, retiro de privilegios, limitación en la libertad de expresión, reciben insultos, se les exige conocimientos que no están en el plan de estudios, y se les asigna responsabilidades que no les corresponde, todo lo anterior impacta en el estudiante provocando que pierda la credibilidad y confianza, asimismo la percepción de la falta de apoyo por la comunicación ineficaz con los supervisores lleva al residente a experimentar angustia por el temor a ser despedidos de la especialidad; truncando con ello sus expectativas profesionales (Morales, et al. 2010; Ortiz, et al. 2014).

Complido, Campos y Chávez (2007) a través del discurso de un médico reflejan la molestia por el método de enseñanza y el trato recibido por los supervisores:

“... he tenido la fortuna de haberme ido a rotar a Estados Unidos dos meses y veo que allá no es así y tampoco en Europa tienen que tratar mal para que aprendan, y son excelentes médicos y nunca en su vida han tenido un castigo ¿No? Más bien veo que los orientan. Cuando tenía dudas..., allá mi médico de base se sentaba conmigo y me decía: mira... así es... así es... eso yo creo no es la forma de enseñar, yo creo que se debe trabajar más en la motivación que en el castigo...” (p. 364)

Sin embargo, es difícil que los médicos residentes informen sobre estos abusos de poder, debido que el campo de la medicina es cerrado y como parte del grupo se logra desarrollar el poder social, que se ve reflejado en el sentido de afiliación, teniendo como resultado que el individuo sea leal además del temor ante represalias, efectos que hacen que se sientan confundidos y se cree un código de silencio (Morales, Carreño, Luque, y Sanchez, 2010).

Las afirmaciones anteriores permiten darse cuenta que en sí las observaciones de los supervisores de los médicos residentes son importantes para el aprendizaje y desarrollo de habilidades, no obstante, es relevante que existan maneras respetuosas al emitir la retroalimentación como parte de la enseñanza.

El vínculo con sus colegas se caracteriza por ser competitivo, donde entre ellos se describen como individualistas para conseguir sus objetivos, sin existir el apoyo. (Aranda, Pando, y Pérez, 2004). Sumado a lo descrito, dicha interacción es relevante porque durante la residencia es con sus compañeros con quienes pasan más tiempo, de tal manera que fungen como apoyo social para facilitar la adaptación a su entorno hospitalario; de lo contrario se desencadenaría tensión en su contexto dando como consecuencia que se desmotive en las tareas cotidianas, perdiendo el interés en comunicarse con los demás (García, 2011).

Distinto al vínculo anterior, otra relación importante es la familia, con quienes conviven menor tiempo, sobre todo si es un médico foráneo o extranjero, debido a que tienen que trasladarse al lugar sede, distanciándose de los integrantes de su núcleo familiar. Por consiguiente Szwako (2014) describió que la dinámica con sus consanguíneos influye en la conservación de la salud de lo contrario aparecerá la enfermedad, ya que encontró una relación entre la disfunción familiar y la presencia de Burnout; por ende, son los parentescos quienes, le brindan una red de apoyo.

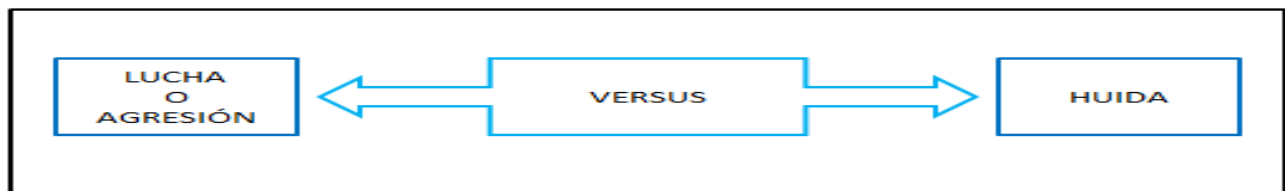
Asimismo Complido, Campos y Chávez (2007) estudiaron el discurso de los médicos residentes sobre el significado que le dan a su familia; a continuación un ejemplo de ello:

“Me siento pero mal, en ese sentido ¿No? Pues tengo que estar aquí nuevamente ¿No? (esposa e hijas)... Nuevamente abandonarlas... por una largo tiempo ¿No? Sí me siento mal... me siento deprimido, me siento... no sé... este... lloro,... si... lloro cuando me regreso porque pues las dejo nuevamente” (p. 365)

Lo citado deja entrever que las relaciones interpersonales son parte cotidiana de los cursantes de la especialización, sí éstas son satisfactorias serán soporte de las situaciones estresantes de lo contrario, contribuirán para la presencia del Burnout.

De acuerdo con Castillo y Pérez (2007) la comunicación es el intercambio entre dos o más personas para compartir pensamientos y emociones, siendo el lenguaje el medio para dicha comunicación, característica única de los seres humanos, la cual se expresa de manera corporal, verbal, escrito y cultural; a su vez ésta desarrolla distintas habilidades cognitivas como la capacidad de comprensión, comunicación efectiva y destreza para solucionar problemas; a diferencia de los animales quienes responden de manera innata a las demandas del medio ya sea mediante la lucha en donde se responde al estímulo haciéndole frente o la huida que se refiere a la retirada para evitar el peligro (Rodríguez y Serralde 1993; Flores G. y Díaz-Loving 2002).

Figura 3. Respuesta ante estímulo estresante.



Fuente: Flores G. y Díaz-Loving 2002

Si bien el lenguaje permite expresar pensamientos y sentimientos para dar a conocer sus necesidades frente al grupo en el que desenvuelve, es importante la manera como lo transmita ya que de esto dependerá que las satisfaga oportunamente; de ahí que en el siguiente capítulo se hablará de la asertividad como un estilo efectivo de la comunicación para adaptarse a su entorno.

De ahí que el gremio de la Medicina ha adoptado el concepto de asertividad que se utiliza en el campo de la Psicología con la finalidad de mejorar la comunicación, ya que los autores Tena y Sánchez (2005) han explicado que muchos de los conflictos se resolverían si los médicos residentes tuvieran las habilidades para establecer una comunicación empática y asertiva con la finalidad de transmitir ideas en el momento idóneo, con el afán de generar confianza y firmeza en sus decisiones como profesionales.

CAPÍTULO III ASERTIVIDAD

3.1 Definición del concepto

En el diccionario de la Real Academia Española (2014) se encuentra dos definiciones que hacen alusión a la asertividad, éstas son aserto que significa afirmativo, o el que asevera con certeza algo y la aserción que es la acción y efecto de afirmar o dar por cierta alguna cosa.

Lazarus (1973) define dicho concepto en cuatro habilidades: decir que no, pedir favores o demandas, expresar sentimientos tanto positivos como negativos y para establecer conversaciones.

Wolpe (1979) lo describe como “La expresión adecuada, dirigida hacia otra persona, de cualquier emoción que no sea la respuesta de ansiedad” (p.96).

Caballo (1986) puntualiza que es "la conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas" (Caballo, 1993, p.6).

Aguilar Kubli (1987) explica que es “la habilidad para transmitir y recibir los mensajes de sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria y hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario” (p.12).

Jakubouski y Lange (1978) lo definen como: “defender su derecho asertivo y expresar lo que usted cree, siente y desea de manera directa, honesta, apropiada y respete el derecho de la otra persona”(p.2)

Para Rodríguez y Serralde (1993) consideran que la asertividad “significa afirmación de la propia personalidad, confianza de sí mismo, autoestima, aplomo, fe gozosa en el triunfo de la justicia y la verdad, vitalidad pujante, comunicación segura y eficiente” (p.1.).

Davidson (1999) determina que es defender o hablar por uno, teniendo el derecho de expresar con respeto y sin lastimar a los demás.

Para Alberti y Emmons (1999) lo conceptualizan como la conducta que suscita igualdad en las relaciones humanas, actuando de acuerdo con nuestros intereses, sin sentirnos condenados, es decir, expresarnos con honestidad y considerando nuestros derechos individuales pero sin transgredir a los otros.

Schuler (2001) coincide con otros autores que refieren la asertividad como una dimensión de las habilidades sociales, de ahí que considera como una actitud que te permite llevar a la práctica, ante cualquier situación, utilizando los siguientes tres componentes:

- Definir claramente tu objetivo o postura de acuerdo con los valores personales.
- Ser capaz de transmitir a los demás.
- Defenderlo sin agresividad, admitiendo que los demás no comparten las mismas convicciones.

Sin embargo, otros autores prefieren usar el término de asertividad, de ahí que la consideren dentro de las relaciones interpersonales, ya que desarrollan más habilidades de comunicación, motivo por el que se han dedicado a crear entrenamientos en la asertividad para diferentes vínculos (Flores y Díaz Loving, 2002).

De acuerdo con Flores (2002) es la destreza verbal para expresar deseos, opiniones, limitaciones personales, sentimientos tanto positivos como negativos, derechos e intereses, críticas, alabanzas, declinaciones y aceptación de peticiones e iniciar interacciones de manera directa, honesta y oportuna existiendo respetando tanto a los demás como a uno mismo en diversos contextos.

Para Canstanyer (2009) se refiere a la habilidad para expresar las ideas, sentimientos, creencias u opiniones propias de una manera honesta, oportuna y responsable pero respetando a los otros.

Además, la asertividad genera la satisfacción y autoafirmación de la persona que emite el mensaje de manera oportuna para satisfacer sus necesidades, de ahí que genere un reforzador tanto externo (con los demás) como interno (personal) (Caballo V. , 1995).

Para Alberti y Emmons (1999) las personas asertivas se caracterizan por lograr adaptarse fácilmente a su entorno, comunicar con seguridad, lograr satisfacción de su comportamiento y alcanzar sus objetivos sin trasgredir a los otros, estos individuos son hábiles en:

- Expresión de sentimientos tanto positivos como negativos.
- Defensa sin agresión.
- Honestidad.
- Capacidad de hablar de propios gustos e intereses.
- Capacidad de discrepar abiertamente.
- Capacidad de pedir aclaraciones.
- Decir "no".
- Saber aceptar errores.
- Conocen y creen en unos derechos para sí y para los demás.
- Sus convicciones son en su mayoría "racionales" (esto se explicará más adelante).

Sus sentimientos/emociones son:

- Buena autoestima (no se sienten inferiores ni superiores a los demás)
- Satisfacción en las relaciones.
- Respeto por uno mismo.
- Sensación de control emocional.

Canstenyer (2009) alude los siguientes beneficios de ser asertivo:

- Ganar seguridad en uno mismo.
- Respeto a sí mismo.
- Comunicación positiva con los demás.
- Ser justo y motivante para los demás.
- Integrarse mejor al grupo.
- Ayudar a los demás a que también se expresen adecuadamente.
- Terminar con las relaciones dañinas o promover su mejoría cuando sea probable.

En lo que respecta a un médico asertivo “es aquel que tiene confianza en sí mismo, porque está seguro de sus conocimientos, de sus opiniones, de sus intenciones; es expresivo, espontáneo y seguro” (Tena y Sánchez, 2005, p. 558).

Por otra parte, Jakubowski y Lange (1978) clasifican la asertividad en cuatro tipos de conducta:

La primera es la básica, que es la expresión de los derechos, creencias, opiniones y sentimientos personales tales como afecto o aprecio a otras personas, en la cual no se realiza una confrontación, simplemente se manifiesta en el momento pertinente con frases adecuadas los sentimientos, creencias y opiniones, sin la influencia de los demás; algunos ejemplos son:

- Cuando alguien interrumpe: me gustaría terminar.
- Cuando se realiza una pregunta y no se está preparado para terminar: Dame tiempo para pensar.
- Al rehusar una invitación: no gracias ahora no.
- Cuando se va a devolver un objeto a la tienda: quiero que me cambies esto.
- Expresión de afecto: te quiero, me caes bien, me agradas, me preocupo mucho por ti.

Este tipo de conductas son las más sencillas de expresar, porque es una contestación que no implica involucrarse ni oponerse ni enfrentarse; lo único importante

es expresarlo en el momento adecuado, aplicando frases apropiadas y que a su vez coincidan con la comunicación no verbal.

La segunda es la empática, que se refiere a la expresión de los sentimientos, creencias y opiniones con sensibilidad a la otra persona, en la cual se reconoce la situación y los sentimientos que está viviendo; esto tiene que complementarse con respeto genuino, dando como resultado que el individuo transmisor de sus sentimientos se sienta escuchado y considerado, no obstante, al tener una mala intención se podría convertir en manipulación, a continuación se enuncian ejemplos:

- Si dos personas están hablando fuerte en una reunión: sería tan amable de bajar el tono de voz, pues no se escucha a los demás.
- Cuando los padres dan un consejo: comprendo que quieres mi bien te lo agradezco, pero yo ya tome una decisión.
- Si estamos con un amigo: entiendo que no quieras ir a la reunión pero yo ya tenía preparado ir.

La tercera es la escalar que consiste en poner un poco de imposición en la contestación emitida y como su nombre indica ante la persistencia de la petición se incrementará la respuesta firme; debido que la primera contestación no tuvo el impacto deseado, al respecto se cita un ejemplo en el cual una persona no quiere comer en una reunión, de ahí que implemente estas frases:

1. Eres muy amable pero prefiero no comer.
2. No gracias, prefiero no comer.
3. Ésta es la última vez, no insistas.

La cuarta es la confrontativa la cual consiste en transmitir con objetividad a la otra persona la molestia o incongruencia en su discurso y comportamiento. El procedimiento es describir qué expresó la otra persona, como se comportó, y lo que nos hizo sentir con dichas acciones, ésta se utiliza cuando la persona ha intentado agredirnos; a continuación se muestra un esquema de respuesta:

1. Cuando tú haces...

2. El resultado es que yo...
3. Entonces yo me siento...
4. Preferiría...

Lo anterior, cobra relevancia porque nos muestra los diferentes niveles de la asertividad para las interacciones humanas, de igual modo, Aguilar Kubli en 1987; Rodriguez y Serralde en 1993; Caballo en 1995 Flores G. y Díaz Loving en 2002 y Canstanyer en 2009 complementaron con los derechos asertivos a fin de considerarlos en la vida cotidiana para relacionarnos con los demás; éstos se caracterizan por ser principios a los que todos tenemos acceso, bajo el precepto de que todos somos iguales y que debe existir el respeto de manera recíproca. De ahí que tenemos derecho a:

1. Pedir lo que queramos (reconociendo que la otra persona tiene derecho a decir “no”)
2. Tener opiniones, sentimientos y emociones así como la expresión adecuada.
3. Tomar nuestras propias decisiones y afrontar las consecuencias.
4. Elegir si nos involucramos o no en los problemas de otra persona.
5. No saber y a no comprender.
6. Cometer errores y ser responsables.
7. Tener éxito.
8. Cambiar de opinión, de idea o de línea de acción.
9. Tener una vida privada.
10. Estar solo y ser independiente, aun cuando los demás deseen su compañía.
11. Cambiar y ser personas afirmativas.
12. Ser el primero.
13. Ser el juez último de nuestros sentimientos y aceptarlos como valiosos.
14. Tener nuestras propias opiniones y convencimientos.
15. Criticar constructivamente y a protestar por un trato injusto.
16. Interrumpir para pedir una aclaración.
17. Intentar un cambio.
18. Pedir ayuda o apoyo emocional.

19. Sentir y expresar dolor.
20. Ignorar los consejos de los demás.
21. Recibir el reconocimiento formal después de un trabajo bien hecho.
22. Decir “no”, sin sentirse culpable.
23. No justificarse ante los demás.
24. No anticiparse a las necesidades y deseos de los demás.
25. No estar pendiente de la buena voluntad de los demás.
26. Responder o no hacerlo.
27. No dar excusas o razones para justificar la conducta.
28. Decir “no lo sé”.
29. Diferir de la opinión de los demás.
30. Decir no entendí.
31. Decir “para mí no lo es”.
32. Definir nuestra propia responsabilidad en los problemas ajenos.
33. Cambiar de parecer.
34. Actuar sin la aprobación de los demás.
35. Tomar decisiones ajenas a la lógica.
36. Decir “no me importa”.
37. Rehusar peticiones sin sentirnos culpables y egoístas
38. Estructurar nuestro propio tiempo
39. Plantear preguntas y reafirmar si nos entendió la otra persona.
40. Ser felices.

Es así que al comunicarse de manera efectiva se obtendrán beneficios así como el respeto por los demás, sin embargo, también existen dos maneras más para comunicarnos, pero a diferencia de la asertividad éstas afectan la interacción con el otro porque trasgreden sus derechos y/o los intereses propios.

3.2 Maneras de comunicación que no son asertivas

Estos modos de expresar las necesidades implican resultados adversos a los esperados ya que generan insatisfacción.

3.2.1 Agresivo

Lange y Lakubouski (1976) la definen como la expresión directa y hostil de los derechos personales por medio de pensamientos, sentimientos y creencias de forma deshonestas, usualmente inapropiada y siempre violentando a las otras personas.

El comportamiento agresivo hace que el individuo alcance sus metas a expensas del otro, pero genera frustración y amargura que en el futuro se podría generar venganza, mientras que el receptor se siente humillado y a la defensiva (Alberti y Emmons, 1999).

Aguilar (1988) y Canstenyer (2009) describen que las personas agresivas se caracterizan por defender en exceso sus derechos sin tener en cuenta los de los demás, utilizan este estilo porque temen que abusen de ellas, y es una manera para no percibirse vulnerables ante los demás, aunque la mayoría de veces es porque no saben cómo hacerle frente a las situaciones; además, presentan falta de control emocional, predominio de la inseguridad e irritación, a continuación se ejemplifica:

Patrones de pensamiento:

- A mí nadie me insinúa que yo...
- No tengo que aguantar nada de nadie.
- Tengo que demostrarle que...
- Yo nunca permitiré la más leve insinuación de que...
- Si no me defiendo, acabaré perdiendo y hará lo que sea conmigo. Abusará de mí.
- Con mi ex nadie se mete.
- Debo parecer como si...
- No mostraré lo que realmente siento. No deben darse cuenta.
- Ahora sólo yo importo. Lo que tú pienses o sientas no me interesa.
- Piensan que si no se comportan de esta forma, son excesivamente vulnerables.

- Lo sitúan todo en términos de ganar-perder.
- Pueden darse las creencias: "hay gente mala y vil que merece ser castigada" y/o "es horrible que las cosas no salgan como a mí me gustaría que saliesen".

Emociones / sentimientos:

- Ansiedad creciente.
- Soledad / sensación de incompreensión / culpa / frustración.
- Baja autoestima
- Sensación de falta de control.
- Enfado cada vez más constante y se extiende a más personas y situaciones.
- Honestidad emocional: expresan lo que sienten y "no engañan a nadie".

Los autores Canstanyer (2009); Flores G. y Díaz Loving (2002) describen las principales consecuencias a este comportamiento:

- Insatisfacción.
- Aislamiento y soledad.
- Rechazo social.
- Violencia.
- Culpabilidad.
- Deterioro de la salud física.

Sin embargo, existe otro comportamiento en el cual no existe el autocuidado de considerar nuestros derechos y no se tiene la habilidad de defenderlos Esta se considera pasiva.

3.2.2 Pasivo

Lange y Jakubowski (1979) lo definen como la violación de los propios derechos, anulando a la libre expresión de los sentimientos, pensamientos, creencias, asimismo

permitir que los demás los violen, así que respeta a los demás pero no defiende sus intereses y decisiones.

De acuerdo con Aguilar (1988) consiste en comunicarse de una manera débil, en donde el habla no es clara y es tímida, rodeando lo que se quiere decir o disculpándose con lo que se quiere, ocultando las emociones, teniendo como característica la debilidad y esperando que los demás decidan. Este tipo de conducta limita a la persona y disminuye tanto la seguridad como la capacidad de solucionar problemas.

Para Lange y Jakubowski (1979); Aguilar (1988); Flores (2002) y Canstanyer (2009) se presentan los siguientes patrones de pensamiento y emociones.

Patrones de pensamiento:

- Evitó molestar u ofender a los demás, prefiero sacrificarme para no tener problemas.
- Lo que yo sienta, piense o desee, no importa, importa lo que tú sientas, pienses o deseases.
- Es necesario ser querido y apreciado por todo el mundo.
- Constante me siento incomprendido, manipulado, nadie me toma en cuenta

Sentimientos / emociones:

- Impotencia
- Mucha energía mental pero poca externa
- Culpabilidad
- Baja autoestima
- Deshonestidad emocional (pueden sentirse agresivos, hostiles, etc., pero no lo manifiestan y a veces, no lo reconocen ni ante sí mismos)
- ansiedad y frustración.

Como consecuencia el ser pasivo se caracteriza por (Canstanyer, 2009; Flores G. y Díaz Loving, 2002; Rodriguez Estrada y Serralde, 1993):

- Baja autoestima.
- Pérdida de respeto por los demás.
- Aislamiento.
- Insatisfacción.
- Frustración.
- Incomprensión, menosprecio, rechazo.
- Sentirse culpable si tiene un intento de expresar sus deseos.

Por lo general las personas pasivas son introvertidas, por lo que se enfrenta a la dificultad de transmitir lo que realmente quieren, de ahí que será dócil y acepte las condiciones de los demás postergando sus necesidades, motivo por el que las personas que lo rodean piensan "es buena con los demás" y abusan de esta característica.

Como modo de resumen, a continuación se presenta un cuadro comparativo sugerido por Díaz Loving y Flores (2002) de las diferentes maneras de expresión:

Tabla 1 Tipos de respuesta.

Agresiva	Pasiva	Asertiva
Implica: <ul style="list-style-type: none"> • Violar los derechos ajenos • Expresar pensamientos, sentimientos y creencias. • Expresar de manera directa e indirectamente, insincera, inapropiada e inoportunamente 	Implica <ul style="list-style-type: none"> • Violar los derechos propios • No expresar sentimientos, pensamientos y creencias 	Implica: <ul style="list-style-type: none"> • Defender los derechos propios. • Expresar los pensamientos, sentimientos y creencias. • Expresarse directa, sincera, apropiada y oportunamente.
Mensaje que da:	Mensaje que da:	Mensaje que da:

<ul style="list-style-type: none"> • Tú eres un estúpido por pensar diferente que yo. • Lo que tú quieras no es importante. • Lo que tú sientas no cuenta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Yo no cuento • Tú puedes aprovecharte de mi • No importan mis sentimientos, solamente cuentan los tuyos • Mis pensamientos no son importantes, los tuyos sí lo son. • Yo no soy nadie, tú eres superior. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esto es lo que pienso y siento. • Así es como yo veo la situación. • Es tan importante lo que tú sientes como lo que yo siento. • Somos igualmente dignos porque ambos somos personas humanas. • Lo que deseo es unir fuerzas, no enseñar diferencias.
<p>Actitud Básica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tú no estás bien 	<p>Actitud básica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No estoy bien 	<p>Actitud básica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yo estoy bien y tú también
<p>Tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo a volverse más vulnerable. 	<p>Tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo a perder la aprobación de los demás. 	<p>Tiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apertura para ver y aceptar la realidad.
<p>Impide:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una relación emocional con los demás. 	<p>Obstaculiza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una relación emocional madura. 	<p>Favorece:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La comunicación en todos los niveles.
<p>Prefiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ganar mientras no se encuentre con alguien más fuerte. 	<p>Prefiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Perder antes que meterse en un conflicto. 	<p>Prefiere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajustarse a la realidad.
<p>Poder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reemplaza el poder por el control y dominación 	<p>Poder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se siente indefenso, entrega el poder a otros y utiliza la 	<p>Poder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tiene poder personal y lo comparte con

	culpa para dominar	facilidad.
Toma de decisiones: <ul style="list-style-type: none"> • Decide por otros, les guste o no 	Toma de decisiones: <ul style="list-style-type: none"> • Deja que otros decidan 	Toma de decisiones: <ul style="list-style-type: none"> • Juega el juego interior, elige por cuenta propia y apoya a otros para que tomen sus decisiones.
Caracter: <ul style="list-style-type: none"> • Ataca y culpa a los otros para disimular su miedo y su inseguridad. Habla con rudeza y corre los riesgos imprudentes. 	Caracter: <ul style="list-style-type: none"> • Temeroso, retraído, no defiende sus convicciones, trata de despertar simpatía. 	Caracter: <ul style="list-style-type: none"> • Está dispuesto a luchar con la dificultad y el dolor, tiene la fortaleza de sus convicciones, corre riesgos calculados
Perfil profesional: <ul style="list-style-type: none"> • Suele ser un triunfador desdichado, con éxito financiero y buena posición social. 	Perfil profesional: <ul style="list-style-type: none"> • Hace lo que se debe, aunque con eso sea desdichado. 	Perfil profesional: <ul style="list-style-type: none"> • Habitualmente feliz y triunfador, se siente capaz de hacer todo lo que desee.
Resultado final: <ul style="list-style-type: none"> • Soledad y amargura 	Resultado final: <ul style="list-style-type: none"> • La vida es una carga 	Resultado final: <ul style="list-style-type: none"> • Amor, felicidad y paz interior.

3.3 Barreras para ser asertivo

Canstenyer y Ortega (2008); afirman que la asertividad eleva la autoestima y reafirma quiénes somos, sin embargo, existen dificultades para emitir conductas asertivas como son:

- 1) Que esta habilidad no se aprendió o no tuvo los reforzamientos apropiados de los padres, maestros, amigos etc. para continuar el desarrollo de

la misma, algunas de las explicaciones del porque no se aprendió dicha habilidad son:

- a) Se castigó en repetidas ocasiones, éste puede ser físico, recriminación y prohibición de todo tipo de la conducta asertiva
 - b) No se valoró como algo importante porque no fue castigada, ni tampoco reforzada.
 - c) Nunca aprendió a valorar el refuerzo social, de ahí que fue indiferente frente a las sonrisas, alabanzas, simpatías y muestra de cariño, por lo cual no realizó nada para obtenerlos.
 - d) Premiar conductas que no fueran asertivas, lo que implica que se repitan circunstancias posteriores, al respecto se cita dos ejemplos: en la primera alude a la persona sumisa, indefensa y tímida de ahí que espere recibir apoyo, fomente la dependencia y conductas no asertivas. Lo mismo sucede con la persona agresiva quienes aprendieron que puede obtener lo que quiera de forma inmediata sin esperar si se intenta ser asertivo.
 - e) Por último la persona no sabe discriminar adecuadamente las situaciones en las que se encuentra de ahí que emita respuestas distintas a las que emitirían los demás, ejemplo, si se está en una fiesta se espera que se esté riendo y si está en funeral se espera que se sienta triste y no lo contrario.
- 2) Aumento de los niveles de ansiedad en el individuo, en consecuencia que se bloquee y/o emita de forma parcial la respuesta deseada, a pesar de que tenga el conocimiento de cómo comportarse, esto se debe que en sus experiencias la persona intentó emitir alguna conducta asertiva pero obtuvo respuestas aversivas o él individuo generó en sus pensamientos el desagrado del ambiente aunque no sea así; como resultado son estímulos que provocaran ansiedad y las generalice ante todas las situaciones que se le presenten (Canstanyer 2008).
 - 3) Porque desconoce o rechaza sus derechos, debido que en casa o en la escuela le enseñaron reglas, como son: “respetar a los mayores y nunca interrumpirlos”, “no hay que anteponer nuestras necesidades de los otros, eso es egoísta”, “no te puedes equivocar, se ve mal”, “no preguntes tanto”; los cuales hacen referencia

al estilo de crianza autoritaria, donde existen las prohibiciones y como consecuencia la limitante de expresar asertivamente lo que se piensa y siente.

- 4) La persona posee unos patrones irracionales de pensamiento que le impiden actuar de forma asertiva.

Alberto Ellis en los años 50s explica cómo es que estas estructuras de ideología se han aprendido desde la infancia y ante un suceso generan pensamientos automáticos, que en ocasiones éstos son irracionales, porque tienden a distorsionar la realidad y propician sentimientos desagradables (Ellis y Grieguer, 1990).

De ahí que de acuerdo a Ellis y Lega (1993) se enuncia tres inferencias para elaborar las ideas irracionales de nosotros:

1. Tremendisimo, es la tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento.
2. No puedo soportantitis, que es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación.
3. Condenación, es la tendencia a evaluar la esencia o el valor humano de uno mismo y/o de los demás como malos, comprometiendo su valor como individuos de acuerdo al comportamiento de las personas.

Todos presentamos pensamientos, en alguna medida mayor o menor, porque sentimos felicidad, tristeza, enojo, etc. Así como necesidad de ser queridos y apoyados pero en menor medida, lo que favorecerá tener autoestima y sentimientos positivos; mientras Alberti y Emmons (1999) sólo describen tres obstáculos y son:

- No creen poseer el derecho a la asertividad.
- Experimentan ansiedad o temor a la asertividad.
- Carecen de la habilidad para expresarse eficazmente.

Por otra parte, se ha encontrado que en cada segundo estamos comunicando al otro mediante el habla y los movimientos corporales, de ahí que cuando una persona no

quiera hablar sobre lo que le sucede, su cuerpo y los movimientos nos lo podrían indicar.

Albert Mehrabian (1964), uno de los más famosos expertos en lenguaje corporal, profesor de Psicología de la Universidad de Harvard, menciona que en una conversación de dos personas cara a cara, un 7% es verdadera comunicación oral, es decir, emitida con palabras y el 83% de la comunicación se distribuye de la siguiente manera: el 38% es el tono de como se dice (la intención que se nos escucha cuando hablamos), y el 55% (el porcentaje más alto) es kinésico, es decir, comunicación de cuerpo y los movimientos.

Es por ello que tanto en la comunicación verbal y no verbal, son elementos importante para expresar de forma idónea lo deseado, sin agredir a la otra persona y haciendo valer nuestras necesidades.

3.4 Comunicación Verbal

Ésta se refiere a todo sistema de palabras y reglas gramaticales. Además constituyen un elemento muy importante para la adaptación del individuo al grupo, porque por medio de las palabras se comunica con el otro expresando sentimientos y pensamientos, asimismo se confirma nuestra existencia (López, 1999).

El lenguaje oral se define como la función cortical superior gracias a la cual podemos comunicar ideas, pensamientos, y sentimientos, donde se lleva a cabo en diferentes áreas de la corteza cerebral y el aparato fono articulador (Tamayo, 2007).

Las palabras emitidas serán de acuerdo al contexto; sin embargo, se ha encontrado que las personas que son más asertivas tienden a hacer expresión de palabras positivas, así como los siguientes elementos que alude Canstanyer (2009) s de la comunicación:

- Duración del habla: se percibe que la persona que es más asertiva tiene mayor fluidez en el habla, sin dificultad de enfrentarse a las situaciones, por lo que

incrementará la duración, así como también la facilidad de escuchar a la otra persona, misma que reflejará con su postura corporal.

- **Retroalimentación:** cuando se está hablando necesita de una contestación intermitente y regular de cómo están respondiendo los demás, de modo que puedan cambiar las verbalizaciones en función de ello, por tanto necesita saber si los que le escuchan le comprenden, le creen, están sorprendidos, aburridos, etc.
- **Preguntas:** son esenciales para mantener la conversación, obtener información y mostrar interés por lo que la otra persona está diciendo; no utilizar preguntas puede provocar cortes en la conversación y sensación de desinterés.

3.5 Comunicación no verbal

Se conoce como comunicación no verbal o paralingüística que complementan la comunicación verbal como son gestos, movimientos, tono de voz, postura y etcetera, éstas pueden ir acompañadas o solas y ayudan a dar énfasis a lo que se pretende expresar, (Tamayo, 2007; López, 1999; Flores y Díaz Loving, 2002).

La propia persona, desde se observa por primera vez, nos está informando, desde su edad, sexo, cultura, poder, actitud, energía, emoción, además su historia de vida, la vestimenta, accesorios y peinado etcétera. Esto es debido a que pertenece a un ente social, donde adopta ciertas actitudes que se caracterizan por el grupo perteneciente (Tamayo, 2007).

De esta manera facilita expresarnos con palabras también lleva un ritmo con los movimientos del cuerpo, por ejemplo cuando se expresa que una casa es grande se tienden a expandir un poco los brazos, o al pronunciar que algo que le molesta lo acompaña con una mirada de desagrado (López, 1999).

En la conducta asertiva la expresión de la comunicación no verbal es congruente con la verbal, de lo contrario será inverosímil lo que se está transmitiendo, por tal motivo que se mencionará de forma breve las señales que conforman la comunicación no verbal así como la importancia que tienen durante la interacción con los demás.

La mirada es considerada un elemento de las habilidades sociales, porque es una variable cultural aceptable, esto se explica porque es la señal para mantener una conversación y de que la otra persona nos está prestando atención (Flores y Díaz Loving, 2002; Tamayo, 2007).

Para utilizar la mirada de manera asertiva, esta debe ser recíproca y equilibrada durante la interacción entre el emisor y receptor, variando la fijación visual se supone que si se habla se mantendrá en un 40% y al escuchar un 75% (Canstanyer, 2009). De igual modo si ésta es relajada y directa con intervalos de tiempo donde desvíe la mirada, favorece en que la conversación sea personal, así como demostrar interés y respeto por la otra persona (Flores G. & Díaz Loving, 2002).

De lo contrario, cuando la mirada se desvía en constantes momentos refleja sentimientos de ansiedad, pena, aburrimiento, deshonestidad, e incluso causar incomodidad en la otra persona cuando se mantiene demasiado fija, debido que el contacto visual es tan imponente que es capaz de hacer voltear a alguien por la sensación que produce (Alberti y Emmons , 1999).

Aguilar (1988) aportó que las siguientes miradas pueden romper con la coordinación armoniosa:

- Mirar de arriba hacia abajo.
- Mirar a otro lado.
- Mirar hacia abajo.
- Saltar la mirada rápidamente.
- Mirar directo pero rápidamente.

Con respecto, a la expresión facial se reconoce como el primer contacto en una interacción social y de acuerdo con Canstanyer en 2009 las principales funciones son

mostrar el estado emocional de la persona (aunque intente ocultarlo), dar información de que se está comprendiendo el mensaje (si se está sorprendido, de acuerdo, en contra, etc.) y reflejar las actitudes que se tienen.

Las principales regiones de la cara que transmiten mensajes son la frente/ cejas, ojos/parpados y la parte inferior del rostro, por ejemplo cuando las cejas se fruncen pueden expresar asombro, mientras que cuando se bajan indican desacuerdo o fruncir éstas reflejaran enojo.

También un elemento de la expresión facial es la sonrisa, la cual se encuentra en todas las culturas, incluso en los ciegos; dentro de los principales usos son al realizar una invitación, mostrar gentileza, expresar buen humor, pero si se tiene una sonrisa falsa es fácil de detectar porque no coincide con el estado de ánimo que se refleja el resto del cuerpo (Tamayo, 2007).

Por último, es importante mencionar que las principales emociones que se transmiten con el rostro son la alegría, sorpresa, ira, tristeza, miedo, de ahí que la persona asertiva logrará adecuar su expresión de su rostro de acuerdo a lo que desea transmitir para que sea congruente con lo que está sintiendo.

De la postura se contempla como un elemento que refleja la actitud que tiene la persona hacia sí misma, además, se considera una parte donde se puede identificar las tensiones acumuladas, asimismo se encontró que la postura adoptar puede mostrar una actitud dominante o de acercamiento, por ejemplo, si un hombre maduro se mantiene erguido frente a un niño pequeño, éste podrá percibir mayor dominancia, pero si por el contrario el hombre se inclina de cuclillas el niño podrá notar mayor confianza de hablar de lo que le sucede (Alberti y Emmons , 1999). De ahí que Canstanyer, (2009); Flores y Díaz Loving, (2002) sugieren cuatro tipos de posturas:

- Acercamiento: indica atención al receptor, si es positiva reflejará simpatía de contrario se interpreta como invasión.
- Retirada: se considera como rechazo, repulsión o frialdad.

- Erguida: indica seguridad, firmeza, pero también puede reflejar orgullo, arrogancia o desprecio.
- Contraída: sugiere sentimientos de tristeza y abatimiento físico o psíquico e incluso que se asocie a conductas de introversión.

Por otra parte, la función de los gestos a nivel cultural es darle énfasis al mensaje, amplificarlo y apoyar la actividad verbal o bien contradecirla (incongruencia) así que una poca coordinación en los gestos indicaría que es una persona insegura, ansiosa o agresiva pese que transmitir un mensaje verbal distinto; entre los principales gestos según Aguilar K (1988); Diaz Loving y Flores (2002) son:

- Estar demasiado tieso, rígido.
- Mover la cabeza como no creyéndole al otro.
- Señalar con el dedo.
- Frotarse en exceso las manos.
- Muchos saludos con la cabeza.
- Inclinarsse.
- Movimiento de manos y pies constantes.
- Frotarse la cabeza o rascarse.
- Tics.
- Tensión en la quijada.
- Reír constantemente.
- No hacer ninguna variación ante distintos mensajes.

Sin embargo, se identificó que existe un mayor uso de los gestos en los individuos asertivos, los cuales se caracterizan por ser desinhibidos y mostrar franqueza, sinceridad, seguridad y espontaneidad.

En modo de resumen, se muestra en la tabla número 3 las principales expresiones de la comunicación verbal de los diferentes tipos de respuesta:

Tabla 2.Descripción de las expresiones

	SEÑALES NO VERBALES	SEÑALES VERBALES
AGRESIVO	<p>Comportamiento externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volumen de voz elevado / a veces: habla poco fluida por ser demasiado precipitada / habla tajante / interrupciones / utilización de insultos y amenazas • Contacto ocular retador • Cara tensa • Manos tensas • Postura que invade el espacio del otro • Tendencia al contraataque • Señala con el dedo • Brazos cruzados 	<ul style="list-style-type: none"> • Más te vale porque si no... • Cuidado • Ven • Debes • Mal • Estúpido • Tú
PASIVO	<p>Comportamiento externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Volumen de voz bajo • Habla poco fluida / bloqueos • Tartamudeos/vacilaciones • Silencios • Huida del contacto ocular • Mirada baja • Cara tensa • Dientes apretados o labios temblorosos • Manos nerviosas • Postura tensa, incómoda • Inseguridad para saber qué hacer y decir 	<ul style="list-style-type: none"> • Muletillas (esto...no?) • Puede • Supongo • Me pregunto • Te importaría mucho si • Lo siento, lo siento, lo siento... • Perdóname por favor, pero... • Espero no te importe • Frecuentes quejas a terceros ("X no me comprende", "Y es un egoísta y se aprovecha de mí"...)
ASERTIVO	<p>Comportamiento externo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habla fluida • Seguridad / ni bloqueos ni muletillas 	<ul style="list-style-type: none"> • Yo • Creo • Me parece

	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto ocular directo, pero no desafiante • Relajación corporal / comodidad postural. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deseo • Vamos • ¿Cómo podemos resolver esto? • ¿A ti, qué te parece?
--	--	---

3.6 Características que favorecen la asertividad

Se ha encontrado en las características sociodemográficas, que las personas con mayor estudio (profesionistas) tienden a ser más asertivos; también la edad juega un papel importante ya que entre más jóvenes son menos asertivos; ello disminuye conforme a sus experiencias en las relaciones interpersonales, de ahí que los individuos con mayor edad presentan asertividad (Flores, 2002) .

Con relación al rol de género en la mujer, Fabra (2009) describió que tradicionalmente la mujer es la que tiene que permanecer sumisa y acatar órdenes sin expresar lo que piensa; sin embargo, en la actualidad la mujer se ha logrado insertar en grupos sociales, adaptándose a dichos cambios; es así que tanto hombres como mujeres pueden tener respuestas asertivas.

Además, se identificó que las personas que tiene la capacidad de reflexionar y autoanalizar sus emociones, así como valorar su respuesta ante las situaciones que se les presentan, denotan mayor responsabilidad en su toma de decisiones reflejando asertividad, a diferencia de los sujetos que atribuyen sus acciones a diversos factores externos, haciendo referencia a la suerte, al horario del día, clima agrado por las personas etc-.

Contribuyendo a lo descrito, los autores Rodriguez y Serralde (1993) describen que las personas que: tienen más habilidad para mostrar asertividad dentro del trabajo, dan una imagen de firmeza y seguridad con los demás, por lo que tendrán mayores satisfacciones y respeto.

Asimismo, las empresas e instituciones han tenido la necesidad de implementar nuevas formas de labor para alcanzar resultados más satisfactorios, a lo que han retomado el trabajo colaborativo para alcanzar sus objetivos, y generar un clima organizacional idóneo, sumado a lo descrito, se ha encontrado que en algunas empresas los despidos suceden porque algunos no saben cómo llevarse con los demás (iguales, subordinados, superiores), presentando dificultades al hacer peticiones, favores, demandas, y sobre todo decir no cuando es necesario.

También, Parrilla (2012) describió que los líderes son los que tienen más habilidades en la interacción con sus compañeros de trabajo y saber dirigirlos, ya que tienden a ser más respetados por su acertada toma de decisiones.

Por el contrario, la dificultad para comunicarse, aumenta la posibilidad de que se presente síntomas de depresión y ansiedad, por tal motivo se ha implementado las habilidades sociales en las intervenciones de los tratamientos psicológicos (Caballo, 1993).

Asimismo, la falta de un comportamiento asertivo también se ha asociado con síntomas físicos como: dolores de cabeza, fatiga, problemas digestivos, cutáneos y el asma. Mientras que la conducta asertiva se asocia con vivir de manera saludable (Alberti y Emmons , 1999).

En definitiva la asertividad ha sido una habilidad de comunicación que facilita la expresión de emociones y sentimientos con los demás para cubrir las necesidades, así como su adaptación al entorno, es por ello que las empresas la han considerado una competencia, porque permite un comportamiento idóneo durante la interacción, dando como resultado mayor autoestima y autoafirmación (Canstanyer, 2009).

CAPÍTULO IV. MÉTODO

4.1. Planteamiento del problema

La presencia de Burnout en los trabajadores de la salud se caracteriza por asilamiento y/o despersonalización en las interacciones sociales; de ahí que en los médicos, los principales estresores son las dificultades entre pares así como con figuras de autoridad, lo que conlleva a que se perciba un entorno demandante y competitivo, aspectos que en conjunto generan una comunicación desadaptativa, lo cual ocasiona conflictos tanto en lo personal como a nivel institucional.

En general, las investigaciones se han preocupado por resaltar la importancia de la relación médico-paciente; no obstante, se ha descuidado qué es lo que sucede con las interacciones con superiores, compañeros y familia.

Finalmente, el Burnout genera cambios de actitud que se traducen en negatividad, propiciando una comunicación poco asertiva, por ende impacta en su calidad de vida así como en el entorno profesional del médico, además de que se deterioran las capacidades psicológicas y sociales de quien lo presenta.

4.2. Pregunta de investigación

¿El *Burnout* (desgaste profesional) se asocia con la falta de asertividad en un grupo de médicos residentes?

4.3. Objetivo

Objetivo general:

Conocer la asociación, fuerza y dirección entre *Burnout* y *Asertividad* en un grupo de médicos residentes.

Objetivos específicos:

- Conocer el nivel de *Burnout* que tiene un grupo de médicos residentes del Hospital de Pediatría de tercer nivel.
- Determinar qué tipo de asertividad emplea un grupo de médicos residentes de acuerdo con la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA), (Flores y Díaz Loving, 2004).

4.4. Tipo de estudio

Las características de este estudio fueron: (Mendez, Namihira, Moreno y Sosa , 1990)

- Retrospectivo: porque la información se obtuvo con anterioridad y con fines ajenos al trabajo de investigación que se pretendía realizar.
- Transversal: porque sólo se realizó una sola medición de las variables, y midió las características de un grupo de unidades en un momento determinado.
- Observacional: porque sólo se describe el fenómeno estudiado y no se modifican los factores que intervienen en el transcurso.

4.5. Tipo de diseño

Diseño de una sola muestra no experimental donde:

X O

X corresponde a la observación que se hizo en una sola muestra y en ella se llevó a cabo la medición (Campbell y Stanley 1976).

4.6. Hipótesis Estadísticas

Ho: no hay asociación estadísticamente significativa e inversamente proporcional entre el *Burnout* y *Asertividad*.

Hi: sí hay asociación estadísticamente significativa e inversamente proporcional entre el *Burnout* y *Asertividad*.

Se consideraron resultados estadísticamente significativos todos aquellos que obtuvieron un valor de $p \leq 0.05$

4.7. Definición conceptual de variables

Burnout: se refiere a la respuesta inadecuada de estrés laboral crónico, caracterizada por una sensación de agotamiento emocional, actitud fría, cínica y despersonalizada en relación con los destinatarios de su trabajo y un sentimiento inadecuado para las tareas que se han de realizar (Maslach & Schaufeli, 1993).

Asertividad: es la habilidad verbal para expresar deseos, opiniones, limitaciones personales, sentimientos positivos y negativos, así como la defensa de derechos e intereses, manejo de la crítica positiva y negativa, manifestación y recepción de alabanzas, declinación y aceptación de peticiones e iniciación de la interacción de manera directa, honesta y oportuna, respetándose a sí mismo y a los demás durante las relaciones interpersonales en situaciones de servicio o consumo, relaciones afectivas, educativo y laboral, en un contexto sociocultural determinado (Flores, 1994).

4.7. Variables sociodemográficas

- Edad: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.
- Estado civil: situación determinada por la sociedad regida por los derechos y responsabilidades al formalizar una relación interpersonal amorosa: soltero (a) o casado (a).
- Especialidad que cursa: a qué residencia dentro de la pediatría pertenece.
- Años de residencia: tiempo de permanencia en la especialidad desde su ingreso a la fecha de la investigación.

4.8. Variables

Variable independiente

- Burnout

Variable dependiente

- Asertividad

4.9. Participantes

De un Hospital de Pediatría de Tercer Nivel, el cual cuenta con una población total de N=162 médicos; se obtuvo una muestra no probabilística de n= 39 médicos residentes pediatras, cuyo equivalente es el 24% de la población.

Tipo de muestreo: por conveniencia (Cozby, 2004), seleccionados por los directivos, en función de su accesibilidad, mismos que cumplían el requisito de cursar su residencia en el Hospital de Pediatría.

4.10. Contexto y escenario

El hospital pertenece al Sector Público donde la atención se dirige a pacientes que fueron referidos de su clínica de zona. Por otra parte, el instrumento se aplicó en el aula asignada por los directivos, previo a la autorización.

4.11. Técnicas de recolección de datos

INSTRUMENTOS

Escala Multidimensional de Asertividad (EMA)

La Escala Multidimensional de Asertividad diseñada por Flores y Díaz-Loving (2004), consideró el contexto cultural donde se desarrolla la persona, con la finalidad de evitar dificultades en la medición al realizar la traducción pues que en ocasiones anteriores no se adaptaban a la cultura mexicana. Este instrumento está conformado por 45 afirmaciones tipo Likert con las siguientes 5 opciones de respuesta:

- Completamente en desacuerdo

- En desacuerdo
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- De acuerdo
- Completamente de acuerdo

De igual manera reporta una consistencia interna de 0.91, oscilando en un rango de calificación para cada factor de 0.50 a 0.75 con una media teórica de 0.40 y se validó con una población de estudiantes universitarios y profesionales.

Contiene los siguientes tres factores:

- 1) Asertividad: capacidad de expresar sus limitaciones, sentimientos, opiniones, se considera un individuo socialmente hábil.
- 2) No asertividad: persona inhabilitada para expresar sus deseos, opiniones, sentimientos, etc.
- 3) Asertividad indirecta: persona inhábil para decir o expresarse abiertamente, es decir, le es difícil tener enfrentamientos directos con otras personas en diversas situaciones por lo que manifestó sus opiniones, deseos, sentimientos, peticiones, etc. A través de medios indirectos como cartas, llamadas telefónicas y/o desinterés en sus actividades.

En la tabla 4 se presenta la consistencia interna (Alfa de Cronbach), las medias y las desviaciones estándar de cada uno de los factores:

Tabla 3

Medidas descriptivas y de confiabilidad del instrumento Escala de Asertividad Multidimensional.

FACTORES	NUMERO DE REACTIVOS	\bar{X}	DE	α Alpha de Cronbach.
Asertividad indirecta	15	38.36	10.04	0.86
No asertividad	15	39.83	10.42	0.85

Asertividad

15

55.77

8.21

0.80

Fuente: Flores M. y Díaz-loving (2002)

Su calificación es la suma de cada reactivo y de esta manera se forman intervalos de normalidad.

Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Consta de 22 reactivos que evalúa el desgaste profesional por medio de tres factores: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, las respuestas son tipo Likert con cinco opciones de respuesta:

- Nunca
- Algunas veces al año
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Diariamente

Consta de tres subescalas:

- 1) Agotamiento Emocional (*Emotional Exhaustion*) (AE) formada por nueve reactivos que describen sensación de estar cansado y tener los recursos agotados emocionalmente, asimismo que las personas se sienten utilizadas, sin ninguna fuente de reposición. entre las principales características que se asocian son los conflictos personales y la sobrecarga de trabajo.
- 2) Despersonalización (*Despersonalization*) (D) tiene cinco reactivos que describen la respuesta negativa e insensibilidad hacia las personas que reciben la atención, además incluye una pérdida del idealismo del profesional, ésta se desarrolla como efecto de la sobrecarga del cansancio emocional.
- 3) Realización Personal en el trabajo (*Personal Accomplishment*) (RP) cuenta con ocho reactivos que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo, pero en el Burnout esta escala se encuentra disminuida de ahí que se perciban con baja autoeficacia, esto se asocia a la depresión y la capacidad de hacer frente a la demanda de trabajo, falta de apoyo social y de oportunidades

para el desarrollo profesional, en resultado el individuo tiene una disminuido interés en ayudar a los clientes, y esto da lugar a un veredicto autoimpuesto de fracaso (Ortega y López, 2004).

Además, reporta una confiabilidad total de los reactivos de 0.80 y para cada factor de: 0.90 en agotamiento emocional; 0.71 realización personal y 0.79 despersonalización, fue validado en diferentes grupos colectivos, entre ellos los profesionales de la salud. De acuerdo al instrumento, se puede clasificar el nivel de Burnout que tiene el participante, como se muestra en la tabla 5.

Tabla 4.

Niveles de Instrumento de Burnout

FASES	1	2	3	NIVEL DE RIESGO
I	BAJO	BAJO	BAJO	SIN RIESGO
II	MEDIO	BAJO	BAJO	BAJO
III	ALTO	BAJO	BAJO	BAJO
IV	MEDIO	MEDIO	BAJO	MEDIO
V	MEDIO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
VI	ALTO	MEDIO	BAJO	MEDIO
VII	ALTO	MEDIO	MEDIO	MEDIO
VIII	ALTO	ALTO	BAJO	ALTO
IX	ALTO	ALTO	MEDIO	ALTO
X	ALTO	ALTO	ALTO	BURNOUT

Fuente: Alonso (2014)

4.12. Procedimiento

El reporte de los últimos meses de los directivos del Hospital fue en el sentido que los médicos tenían mayor deserción, conflictos interpersonales con los mismos compañeros y superiores, además, de que habían aumentado las quejas de los pacientes respecto del trato recibido dentro de la institución.

Se realizó una evaluación para identificar las dificultades de los médicos residentes, por lo cual, la colaboración con la división de estudios del Hospital de

Pediatría de Tercer Nivel y el apoyo de los profesores, se programaron fechas y horarios por la mañana para que no interfiriera con las actividades de los médicos residentes y se procedió a aplicar los dos instrumentos antes mencionados: La Escala Multidimensional de Asertividad (EMA) y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), consultados en la Testoteca de la Facultad de Psicología UNAM, con objeto de no infringir en ningún aspecto legal.

La presentación e instrucciones se llevaron a cabo de la siguiente manera:

“El objetivo es tener mayor información por lo cual se, se aplicarán algunos cuestionarios, recuerden que no hay respuestas malas ni buenas, estos son individuales y los datos serán totalmente confidenciales, posterior a su aplicación se les informará de los resultados, pueden programar una fecha y hora para tener acceso a los mismos en caso de no querer realizarlos nos lo podrán indicar”. Posteriormente, conforme iban terminando, se entregaba los instrumentos y proporcionaba una tarjeta donde localizar el cubículo que les brindarían asistencia, además, se aclararon dudas individuales.

Se prosiguió a calificar las pruebas de acuerdo a los manuales y plantillas correspondientes, se capturaron los datos en una base de datos electrónica y se elaboró el expediente psicológico confidencial de cada participante.

4.13. Análisis de datos

Se realizó de la siguiente manera:

Se capturaron los datos en una hoja electrónica en el paquete Excel, se realizó un análisis descriptivo lo que permitió revisar la información, se después se realizó un análisis de frecuencias de cada una de las variables a considerar en este estudio y se percibió que había ausencia de algunos datos.

Posteriormente se acudió a una revisión de expedientes para tratar de resolver el problema anterior y en su caso corregir los datos faltantes de la muestra original. Al no contar con la información se decidió que el procedimiento estadístico para resolverlo fue mediante el método de *imputación a la media*, el cual consiste en el proceso de

estimación de valores ausentes basado en valores válidos de las variables y/o casos de muestra (Hair , Anderson, Tatham, y Black, 2001).

Los reactivos que fueron sustituidos por la media del reactivo correspondiente fueron aproximadamente un 5 por ciento y fueron:

Del Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Reactivos: 4, 6, 9, 14, y 16.

Del Escala Multidimensional de asertividad (EMA)

Reactivos: 6, 19, y 40.

Se realizó un análisis de datos mediante los diagramas de caja, y se encontró en algunos reactivos que las respuestas dadas correspondían a casos atípicos, esto es, respuestas muy distantes del resto de los datos (fuera del rango del 95% de la media).

Por último para las hipótesis planteadas, los datos fueron sometidos a un análisis inferencial, por lo cual se eligieron las siguientes técnicas estadísticas:

Análisis factorial de cada uno de los instrumentos para conocer si la estructura reportada era la misma para esta población de estudio y confirmar las dimensiones por los autores reportadas.

Para el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) se conservaron las tres dimensiones: a) Agotamiento Emocional, b) Despersonalización y c) Realización Personal, que se describen en el instrumento; sin embargo, para el instrumento Escala de Asertividad Multidimensional (EMA), se presentó una falta de convergencia con los factores de la prueba, a pesar de la confiabilidad reportada por los autores.

Por consiguiente se realizó un análisis factorial, para conocer la estructura subyacente y dimensiones conservando los reactivos con contenido teórico y carga factorial ≥ 0.30 .

Con esta estructura del instrumento se hizo un análisis de consistencia interna empleando el estadístico Alpha de Cronbach y posteriormente se calculó el coeficiente

de Pearson entre las variables Asertividad y Burnout, para someter a contrastación la hipótesis estadística planteada.

Finalmente en el siguiente capítulo de este trabajo se reportan los principales resultados estadísticos obtenidos.

CAPÍTULO V. RESULTADOS

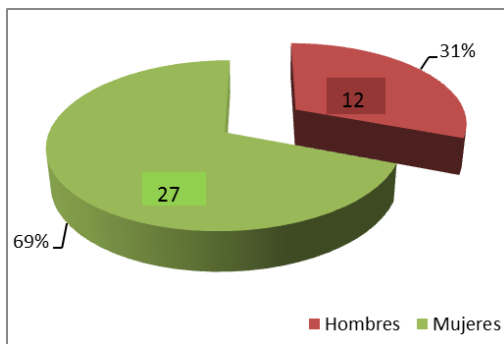
5.1. Estadística descriptiva.

De acuerdo a la descripción socio-demográfica de la muestra se encontró lo siguiente:

1) Sexo

La muestra estuvo conformada por 27 mujeres (69%) y 12 hombres (31%). El mayor porcentaje correspondió a las mujeres (gráfica 1).

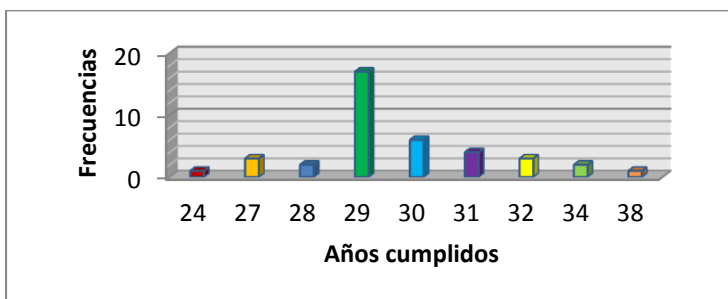
Gráfica 1.
Distribución de frecuencias por sexo



2) Edad

Las edades fluctuaron en un rango de los 24 a 38 años de edad, siendo el promedio de edad 29.74 años y con una mayor frecuencia la edad de 29 años, es decir, la mayoría fueron adultos jóvenes (gráfica 2).

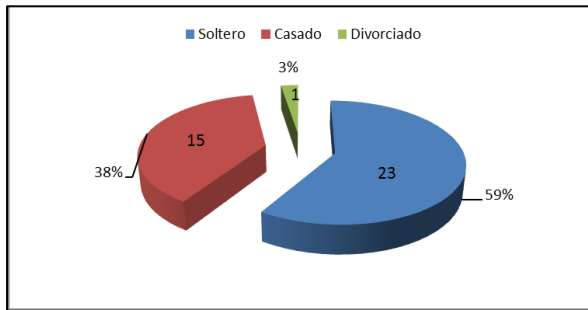
Gráfica 2.
Frecuencias de la edad



3) Estado civil

Se encontró que 15 estaban casados (38%), 23 solteros (59%) y sólo uno se encontraba divorciado (3%). La mayoría eran solteros (gráfica 3).

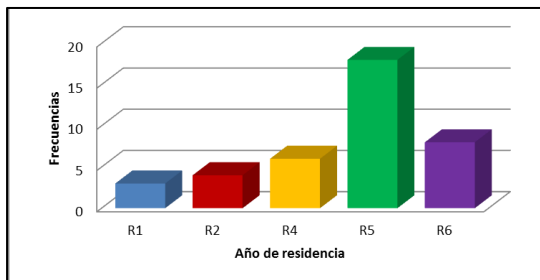
Grafica 3.
Distribución del estado civil



4) Año de residencia

De la muestra tres pertenecieron al primer año (8%), cuatro del segundo (10%), del tercer año no se presentó ninguno, del cuarto año seis (15%), del quinto año 18 (46%) y del sexto año ocho (21%).

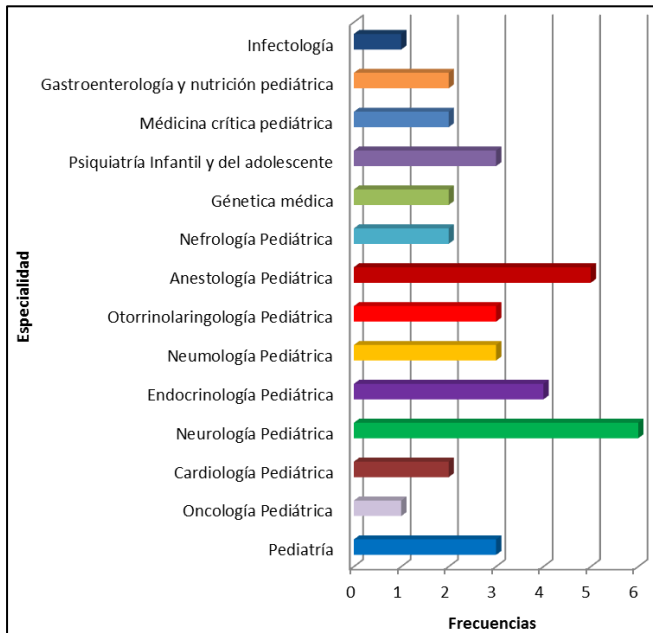
Grafica 4.
Año de residencia en curso



5) Especialidad

Estuvo distribuida en las siguientes especialidades: Pediatría tres (7.7%); Oncología Pediátrica uno (2.6%), Cardiología Pediátrica dos (5.1%), Neurología Pediátrica seis (15.4%), Endocrinología Pediátrica cuatro (10.3%), Neumología Pediátrica tres (7.7%), otorrinolaringología Pediátrica tres (7.7%), Anestología Pediátrica cinco (12.8%), Nefrología Pediátrica dos (5.1%), Genética Médica dos (5.1%), Psiquiatría Infantil y del Adolescente tres (7.7%), Medicina Crítica Pediátrica dos (5.1%), Gastroenterología y Nutrición Pediátrica dos (5.1%) e Infectología uno (2.6%) (Grafica 5).

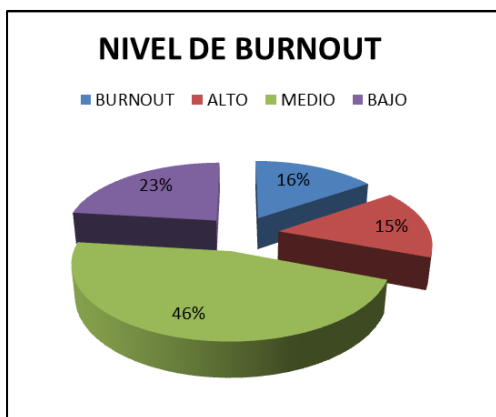
Grafica 5
Distribución de la especialidad médica en curso.



6) Niveles de Burnout

La presencia del síndrome de Burnout se dividió en cuatro niveles y se distribuyó de la siguiente manera: 16 % presenta Burnout, 15 % tiene un nivel alto, 45% un nivel medio y 23% bajo (Grafica 6).

Grafica 6.
Distribución de frecuencia de acuerdo al nivel de Burnout.



Se prosiguió con la confiabilidad de los instrumentos, donde se consideraron los datos más significativos para posteriormente someter a contrastación la hipótesis planteada en este trabajo.

5.2. Análisis multivariado e inferencial

5.2.1. Confiabilidad de Instrumentos

Se hizo un análisis factorial, para conocer la estructura de cada instrumento, se consideró los reactivos con las cargas puras más altas, es decir con un valor ≥ 0.30 (Hair , et. Al., 2001) y el constructo teórico de los reactivos, se empleó la rotación Varimax por suponer la independencia entre los factores y conseguir una mejor interpretación del Inventario de Maslach de Burnout (MBI). Se obtuvo un 65% de varianza acumulada con los siguientes resultados:

Tabla 1.

Carga factoriales de los reactivos del Inventario MBI

Reactivo	Factores		
	1. Agotamiento emocional	2. Despersonalización	3. Realización Personal
1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.	.470	.545	-.197
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	.811	.213	-.160
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	.807	.307	-.203
4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	.118	-.349	.614
5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.	.371	.645	-.197
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	.434	.576	-.229
7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	-.110	-.044	.727
8. Siento que mi trabajo me está desgastando.	.762	.415	-.181
9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	-.165	-.295	.672

Reactivo	Factores		
	1. Agotamiento emocional	2. Despersonalización	3. Realización Personal
10. Siento que me he hecho más duro con la gente.	.498	.591	-.159
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	.481	.696	-.156
12. Me siento muy enérgico en mi trabajo.	-.329	.216	.665
13. Me siento frustrado por el trabajo.	.555	.653	-.176
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	.739	.238	-.123
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	.082	.612	-.378
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	.300	.650	-.316
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	-.336	-.251	.555
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.	-.184	-.272	.710
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	-.365	-.467	.551
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	.529	.555	-.198
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.	-.615	-.304	.228
22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.	.188	.601	-.016

Nota: Se consideraron las cargas estadísticas de los reactivos más altas en cada factor, que fueran igual o mayor de 0.30 y tuviera constructo teórico.

Se prosiguió con el Instrumento de Escala Multidimensional de Asertividad que al someterlo a un Análisis factorial dio como resultado siete factores logrando explicar cerca del 70% de varianza total, se puede concluir que no se consiguió la convergencia de los factores de acuerdo al instrumento empleado (Flores y Díaz-Loving, 2004).

De ahí se valoró realizar un análisis descriptivo de los datos, para valorar la distribución de las respuestas de la muestra por reactivo y después se tomó la decisión de dividir el grupo en hombres y mujeres para identificar si existe una diferencia ya que de acuerdo a Cortés, Fuentes, López, Velázquez, Farías, Olivares y González (2005) considera que en la mujer hay otros factores estresantes que influyen, tales como sus estados de ánimo cambiantes y la parte cultural a las que están sometidas.

Al realizar este análisis, se obtuvo una estructura diferente, para el grupo de los hombres se consideraron cuatro factores mientras que en las mujeres cinco factores. Siguiendo con este procedimiento se identificaron las variables que por su carga (igual ó mayor a 0.30) y su contenido teórico pudieron agruparse en cada factor y conseguir una categorización.

A continuación se muestran los resultados por sexo.

Se comenzó con los hombres alcanzando cuatro factores con un 75% de la varianza total, como se observa en la Tabla 2.

Tabla 2.

Ponderaciones del análisis factorial con rotación varimax de la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA) de la muestra de hombres.

Reactivo	F1	F2	F3	F4
1. Puedo reconocer públicamente que cometí un error.	-.138	-.602	-.735	.044
2. No soy capaz de expresar abiertamente lo que pienso.	-.013	.047	.765	-.025
3. Me cuesta trabajo expresar lo que pienso en presencia de los otros.	.175	.085	.849	.089
4. Me es más fácil decirle a alguien que acepto su crítica a mi persona, por teléfono que personalmente.	.045	-.082	.288	.312
5. Me es difícil expresar mis deseos.	.304	.160	.700	.289
6. Me es difícil expresar abiertamente mis sentimientos.	-.048	.233	.606	.568
7. Puedo decirle a alguien directamente que actuó de manera injusta.	-.082	-.336	-.057	-.013
8. Cuando discuto con una persona acerca del lugar a donde vamos a comer, yo expreso mi preferencia.	.138	-.103	-.491	-.312
9. Me cuesta trabajo hacer nuevos (as) amigos (as).	.059	.942	.129	.004
10. No soy capaz de expresar abiertamente lo que deseo.	-.037	.532	.707	.320
11. Puedo agradecer un halago hecho acerca de mi apariencia personal.	-.642	-.426	-.071	-.411
12. Si tengo alguna duda, pido que se me aclare.	.008	-.418	-.705	.323
13. Cuando conozco a una persona, usualmente tengo poco que decirle.	.109	.595	-.061	-.125
14. Solicité ayuda cuando lo necesito.	-.317	-.669	-.377	.375
15. Cuando me doy cuenta de que me están cobrando de más, no digo nada.	.433	.368	-.107	.220
16. Me es más fácil pedir que me devuelvan las cosas que he prestado, por teléfono que personalmente.	.082	-.052	.070	-.033
17. Me es fácil aceptar la crítica.	-.693	-.156	-.303	-.280
18. Me es más fácil pedir prestado algo, por teléfono que personalmente.	.162	.141	.060	.247
19. Puedo pedir favores.	-.350	-.188	-.065	-.094

20. Expreso con mayor facilidad mi desagrado por teléfono que personalmente.	.424	.059	.221	.717
21. Expreso amor y afecto a la gente que quiero.	.123	-.586	-.491	-.149
22. Me molesta que me digan los errores que he cometido.	.822	.234	.299	.235
23. Puedo expresar mi amor más fácilmente por medio de una carta que personalmente.	.101	-.047	.075	.780
24. Puedo decirles a las personas que actuaron injustamente, más fácilmente por teléfono que personalmente.	.370	.099	.225	.820
25. Prefiero decirle a alguien que deseo estar solo (a), por teléfono que personalmente.	.310	-.165	-.093	.516
26. Platico abiertamente con una persona las críticas hechas a mi conducta	-.414	-.444	-.523	-.200
27. Puedo pedir que me enseñen como hacer algo que no sé cómo realizar.	-.359	-.561	-.439	.115
28. Puedo expresar mi cariño con mayor facilidad por medio de tarjetas o cartas que personalmente.	.105	-.286	-.148	.893
29. Me es más fácil hacer un cumplido, por medio de una tarjeta o carta que personalmente.	.546	.026	-.279	.556
30. Es difícil para mí alabar a otros.	.607	-.038	-.251	-.128
31. Me es difícil iniciar una conversación.	-.006	.837	.190	.019
32. Es más fácil rehusarme ir a un lugar al que no deseo ir, por teléfono que personalmente.	.009	.127	.084	.938
33. Encuentro difícil admitir que estoy equivocado.	.508	.119	.274	-.110
34. Me da pena participar en las pláticas por temor.	.469	.755	.116	-.106
35. Me es más fácil decir que no deseo ir a una fiesta, por teléfono que personalmente.	.464	.078	.403	.241
36. Puedo expresar mis sentimientos más fácilmente por teléfono que personalmente.	.528	.073	.129	.440
37. Puedo admitir que cometí un error, con mayor facilidad por teléfono que personalmente.	.818	.133	-.001	.209
38. Acepto sin temor a una crítica.	-.495	-.209	-.242	.108
39. Me da pena hablar frente a un grupo por temor a la crítica.	.814	.314	.200	-.091
40. Prefiero decirle a alguien sobre lo que deseo en la vida, por escrito que	.158	-.066	-.413	.387

personalmente.				
41. Me es difícil disculparme cuando tengo la culpa.	.416	.754	.218	.221
42. Me cuesta trabajo decirle a los otros lo que me molesta.	.897	-.037	-.033	.019
43. Me da pena preguntar cuando tengo dudas.	.352	.446	.513	-.117
44. Me es más fácil expresar mi opinión por medio de una carta que personalmente.	.884	.140	-.061	.329
45. Me es difícil empezar una relación con personas que acabo de conocer.	.284	.580	.232	.217

Nota: Las ponderaciones de los factores ≥ 0.30 están en negritas.

Los factores fueron identificados de la siguiente manera: F1: no aceptación de los errores; F2: no asertividad; F3: no asertividad social; F4: asertividad indirecta

Tabla 3

Coeficiente de confiabilidad para la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA) en el grupo de los hombres.

Intrumento	Alfa
Escala Multidimensional de Asertividad	.926

Para el grupo de las mujeres se obtuvieron cinco factores con un 65% de varianza total explicada.

Tabla 4

Ponderación del Análisis Factorial con rotación de varimax de la Escala Multidimensional de Asertividad (EMA) de la muestra de mujeres

Reactivo	F1	F2	F3	F4	F5
1. Puedo reconocer públicamente que cometí un error.	-.036	-.419	.105	-.211	-.179
2. No soy capaz de expresar abiertamente lo que pienso.	.207	.118	.804	.099	-.087
3. Me cuesta trabajo expresar lo que pienso en presencia de los otros.	.339	.431	.667	.175	-.050
4. Me es más fácil decirle a alguien que acepto su crítica a mi persona, por teléfono que personalmente.	.664	.066	.085	.103	-.172
5. Me es difícil expresar mis deseos.	.233	.185	-.103	.509	-.123
6. Me es difícil expresar abiertamente mis sentimientos.	.152	.183	.508	.669	.129
7. Puedo decirle a alguien directamente que actuó de manera injusta.	.030	-.577	.129	.152	.019
8. Cuando discuto con una persona acerca del lugar a donde vamos a comer, yo expreso mi preferencia.	-.071	.005	-.070	.144	-.123
9. Me cuesta trabajo hacer nuevos (as) amigos (as).	.096	.422	.248	.269	-.653
10. No soy capaz de expresar abiertamente lo que deseo.	.426	.347	.662	.195	.159
11. Puedo agradecer un halago hecho acerca de mi apariencia personal.	-.267	.007	-.077	-.141	-.086
12. Si tengo alguna duda, pido que se me aclare.	-.189	-.246	-.220	-.374	-.113
13. Cuando conozco a una persona, usualmente tengo poco que decirle.	.202	.678	.050	.344	-.353
14. Solicité ayuda cuando lo necesito.	-.332	-.159	-.171	-.011	.066
15. Cuando me doy cuenta de que me están cobrando de más, no digo nada.	.112	.366	.047	.079	.180
16. Me es más fácil pedir que me devuelvan las cosas que he prestado, por teléfono que personalmente.	.666	.249	.242	.057	.141
17. Me es fácil aceptar la crítica.	-.556	-.171	-.089	-.298	-.384
18. Me es más fácil pedir prestado algo, por teléfono que personalmente.	.570	.016	.143	-.259	.305
19. Puedo pedir favores.	-.106	-.030	-.133	-.643	-.401
20. Expreso con mayor facilidad mi desagrado por teléfono que personalmente.	.814	.164	.124	.197	.111
21. Expreso amor y afecto a la gente que quiero.	-.346	.146	-.536	.110	-.149

22. Me molesta que me digan los errores que he cometido.	.546	-.041	.186	.119	.206
23. Puedo expresar mi amor más fácilmente por medio de una carta que personalmente.	.514	.098	.390	-.073	-.174
24. Puedo decirles a las personas que actuaron injustamente, más fácilmente por teléfono que personalmente.	.690	.314	.339	-.018	.007
25. Prefiero decirle a alguien que deseo estar solo (a), por teléfono que personalmente.	.857	.199	.198	.127	-.087
26. Platico abiertamente con una persona las críticas hechas a mi conducta	.037	-.001	.020	-.840	.115
27. Puedo pedir que me enseñen como hacer algo que no sé cómo realizar.	-.119	-.038	-.292	-.004	.139
28. Puedo expresar mi cariño con mayor facilidad por medio de tarjetas o cartas que personalmente.	.852	.001	-.023	.102	-.062
29. Me es más fácil hacer un cumplido, por medio de una tarjeta o carta que personalmente.	.729	-.044	-.050	.075	.202
30. Es difícil para mí alabar a otros.	.154	.192	.044	.185	.884
31. Me es difícil iniciar una conversación.	.157	.313	.451	.554	.023
32. Es más fácil rehusarme ir a un lugar al que no deseo ir, por teléfono que personalmente.	.673	.225	.262	.235	.250
33. Encuentro difícil admitir que estoy equivocado.	.284	.303	.093	.180	.293
34. Me da pena participar en las pláticas por temor.	.205	.114	.506	.515	-.145
35. Me es más fácil decir que no deseo ir a una fiesta, por teléfono que personalmente.	.793	-.011	.336	.152	-.015
36. Puedo expresar mis sentimientos más fácilmente por teléfono que personalmente.	.781	.077	.274	-.095	.184
37. Puedo admitir que cometí un error, con mayor facilidad por teléfono que personalmente.	.910	.011	-.057	.013	-.027
38. Acepto sin temor a una crítica.	-.177	-.132	-.148	-.675	-.245
39. Me da pena hablar frente a un grupo por temor a la crítica.	.477	.131	.340	.414	.210
40. Prefiero decirle a alguien sobre lo que deseo en la vida, por escrito que personalmente.	.792	.304	.240	.110	-.072
41. Me es difícil disculparme cuando tengo la culpa.	.119	.879	.077	.067	.071

42. Me cuesta trabajo decirle a los otros lo que me molesta.	.076	.746	.499	.055	.120
43. Me da pena preguntar cuando tengo dudas.	.306	.756	.319	.032	.167
44. Me es más fácil expresar mi opinión por medio de una carta que personalmente.	.807	.224	.154	-.055	.033
45. Me es difícil empezar una relación con personas que acabo de conocer.	.347	.536	.389	.250	-.081

Nota: Las ponderaciones de factores ≥ 0.30 están en negritas.

Los factores fueron identificados de la siguiente manera: F1: Asertividad Indirecta; F2: Introversión; F3: No asertividad social; F4: Falta de asertividad; F5: Es difícil para mí alabar a otros.

Tabla 5

Coeficiente de confiabilidad para la Escala Multidimensional de la Asertividad (EMA) en las mujeres

Instrumento	Alfa
Escala Multidimensional de asertividad	.958

5.2.2. Correlaciones entre Asertividad y Burnout

En este apartado se mostrarán los resultados obtenidos al relacionar Burnout y asertividad

La correlación en la muestra de los hombres fue la siguiente:

Tabla 6

Correlación entre los factores de la estructura de la escala multidimensional de asertividad y el Inventario de Burnout de Maslach en hombres.

Dimensiones	No reconocimient o de los errores	No Asertividad	No asertividad social	Asertividad Indirecta
Agotamiento emocional	.912** .000	.538	.191	.350
Despersonalización	.671* .017	.509	.281	.565
Realización personal	-.065	-.058	-.007	.057

**<=.01 *<.05

En esta tabla se observan dos relaciones positivas significativas, en la no aceptación guardando una asociación directamente proporcional, es decir, sí hay un incremento en la condición de aceptación de errores se incrementa el agotamiento emocional y la despersonalización.

Para las mujeres fue la siguiente:

Tabla 7

Correlación entre los factores de la estructura de la escala multidimensional de asertividad y el Inventario de Burnout de Maslach.

Dimensiones	Asertividad Indirecta	Introversión	No asertividad social	Falta de asertividad	Hacer cumplidos
Agotamiento Emocional	.493**	.074	.064	.393*	.438*
Despersonalización	.416*	.299	.164	.482*	.285
Realización personal	-.293	-.084	-.032	-.439*	-.327

**<=.01 *<.05

En la siguiente tabla se obtuvo una asociación directamente proporcional, es decir, si hay un incremento en falta de asertividad también se incrementa el agotamiento emocional y despersonalización, a su vez decremento la realización personal.

También se obtuvo que al incrementar la asertividad indirecta, se incrementa el agotamiento emocional y la despersonalización.

En suma se rechaza la Hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna de investigación, es decir que a mayor desgaste profesional disminución de la asertividad.

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Actualmente las personas están sometidas a un ritmo de vida sumamente acelerado, donde las exigencias de las esferas individual, social y laboral son elevadas, de ahí el interés que se tiene por el Burnout dentro de las Instituciones de salud y en especial en los médicos residentes, quienes enfrentan situaciones complejas derivadas de la responsabilidad en el trabajo, las condiciones físicas que les rodea así como de las relaciones con compañeros de trabajo, pacientes y sus familiares; dando como consecuencias alteraciones físicas, emocionales y sociales, mismas que repercuten dentro de su trabajo. La importancia de su estudio radica en la necesidad por contar con herramientas que proporcionen ambientes laborales propicios que desarrollen redes de apoyo durante su estancia y a su vez amortigüen los efectos negativos del estrés. Por consiguiente, es valioso identificar la presencia del Burnout.

Al observar los resultados de la presente investigación, se puede establecer que la población estudiada de médicos residentes de pediatría en un Hospital de Tercer Nivel presentó las siguientes características:

La mayoría fueron de sexo femenino (69%) donde la edad osciló de 24 a 38 años, en donde la media fue de 29 años de edad, predominó el estado civil soltero con un 59%, la situación laboral de la mayoría fue 46%, ubicadas en el quinto año de residencia y por el área donde desempeña su trabajo predominó Neurología Pediátrica en un 15.4%; en dicha población se identificó que sí hay niveles de Burnout, lo cual corrobora que la muestra está expuesta a diversos factores del entorno hospitalario en donde pasa mayor tiempo, por ende si existe asertividad, se logrará favorecer la adaptación del medio en el que se desenvuelven (Albert y Emmons, 1999).

Sin embargo, es importante resaltar que durante el análisis de los resultados, la estructura se conformó de manera distinta en cada uno de los grupos de acuerdo al sexo, aún se cuestiona qué circunstancias influyeron en las mujeres para tales resultados, en los cuales reflejaron las diversas opciones en su manera de interactuar, que si bien como menciona Bustamante (2014) es más sensible a las emociones tales como enojo y tristeza frente a vicisitudes con los demás, y Cortés, Fuentes, López, Velázquez, Farías, Olivares y González (2005) explican que se enfrentan a otros factores estresantes tales como el nivel cultural a los que están sometidas, para dar respuestas más cambiantes, de ahí que en este estudio se identificaron como no asertivas, es decir, que no cuentan con la habilidad de expresar sus deseos y lo que piensan; además se identificó que presentan agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, y en caso de las que sí se expresan de forma indirecta, es decir, no lo hacen en el momento oportuno, dando como consecuencias el agotamiento emocional y despersonalización.

De lo contrario, en los resultados obtenidos en el grupo de los hombres se percibió que existe dificultad en reconocer los errores, es decir, no asumen la responsabilidad de sus acciones; lo cual se considera un rubro de no asertividad y genera la presencia de agotamiento emocional y despersonalización.

Derivado de lo anterior, autores como Buuk y Shaufeli (1993) proponen que al ser eficiente en sus relaciones interpersonales favorece en la autonomía y control que perciben de sí mismo, lo cual disminuye la posibilidad de presentar Burnout.

De ahí que cobra relevancia generar estrategias y técnicas de intervención para afrontar y manejar el estrés, de igual manera proponer un programa que se centre en sensibilizar a los trabajadores (médicos residentes) sobre la importancia de prevenir los factores de riesgo con el fin de que conozcan el problema y realizar investigación sobre otras alternativas en intervenciones para dotarlos de más herramientas.

En conclusión los médicos residentes son expuestos a situaciones de constante estrés, ello deriva conflictos en diversos ámbitos de su vida, por consiguiente se considera a la asertividad como una herramienta para generar ambientes laborales propicios, con la finalidad de desarrollar redes de apoyo durante la estancia de la residencia médica. Lo anterior, permite vislumbrar diferentes factores que puedan intervenir en el fenómeno Burnout, de ahí que este estudio da la oportunidad de abrir una brecha de cuestionamientos para futuras líneas de investigación.

Limitaciones

- Debido a que era una evaluación se presentaron temores tales como la permanencia en la Especialización, verse vulnerado frente a sus compañeros así como a profesores.
- La disposición para participar, ya que al ser médicos de un hospital de tercer nivel presentan diversas actividades hospitalarias que cumplir; lo cual influye para no darle la importancia a su colaboración.
- Derivado de ser un Hospital de Tercer Nivel que se dedica a formar especialistas de diversas especialidades fue difícil encontrar un grupo que estuviera más homogenizado, (edades, especialidades y grado de estudio).
- El tiempo de los participantes, ya que al ser una población que les demandan diversas diligencias, fue complicado coincidir con más médicos especialistas que conformaran la muestra.

- En que dicha investigación, solo se basó en registros para obtener información, lo cual limita a generar un estudio integró que nos aporte más directrices en investigaciones.

-

Sugerencias

- Se pueda desarrollar más herramientas para medir las habilidades interpersonales y de comunicación en la muestra de médicos residentes, ya que como se mostró casi no hay investigaciones al respecto.
- Se realicen más investigaciones sobre los diversos factores que fungan como protectores ante el Burnout.
- Difundir el conocimiento teórico práctico sobre la asertividad dentro de la formación de la residencia para mejorar las habilidades interpersonales.

REFERENCIAS

- Aguilar Kubli, E. (1987). *Asertividad. Sé tu mismo sin sentirte culpable*. México: Pax.
- Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (1999). *Viviendo con autoestima. Cómo fortalecer con asertividad lo mejor de tu persona*. México: Pax.
- Alonso, M. (2014). *Tesis de Licenciatura: El síndrome de Burnout y los estilos de afrontamiento en el personal de otorgamiento de prestamos de una entidad de la administración pública del Distrito Federal*. Ciudad de México: UNAM.
- Álvarez- Hernández, G., Medecigo-Vite, S., & Ibarra-García, C. (Enero/Febrero de 2010). Prevalencia del síndrome del desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Pediatría en el es. *Medigraphic*, 67, 45-51.
- Apiquian, A. (2007). El síndrome de Burnout en las empresas. (pág. 7). Yucatan. México: Red de Universidades de Anahuac.
- Aranda, C., Pando, M., & Pérez, M. (Enero-Junio de 2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud*, 14(1), 79-87.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción social. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.

- Beltran, C. A., Pando Moreno, M., Torres Lopez, T., Salazar Estrada, J., & Franco Chavez, S. (2005). Factores Psicosociales y síndrome de burnout en médico familiar. *Anales de la Facultad de Medicina*, 225-231.
- Borbolla -Sala, M. E., & Dominguez Sanchez, M. (2007). Síndrome del Burnout en personal médico familiar y no familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tabasco. *Red de Revistas Científicas de America Latina*, 577-583.
- Burke, R. (June de 1987). Burnout in Police work: an examination of cherniss model. *Group Organization Manager*, 12(2), 174-188.
- Bustamante, J., Rosas, R., Barcelata, B., Vazqu ez, M., & Espinoza, E. (mayo de 2014). Evaluación Psicológica de los médicos aceptados al posgrado de pediatria en el Instituto Nacional de Pediatría. *Acta Pediatría México* , 35(3), 202-211.
- Buuk, B., & Schaufeli, W. (1993). Burnout: A Perspective from social Comparison Theory. *Professional Burnout: recent Developments in theory and research*, 53-69.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* . Madrid: Siglo veintiuno.
- Caballo, V. (1995). *Manual de técnicas de terapia y modificación de la conducta*. España: iglo Veintiuno de España Editores.
- Campbell, D., & Stanley, J. (2001). *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cantanyer, O., & Ortega, E. (2008). * Por qué no logro ser asertivo?* Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Canstanyer, O. (2009). *La asertividad, expresión de una sana autoestima* (29 ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Chanes Hernandez, H., Pérez Zarate, M.  ., & Castello Flores, L. (2010). *Guía y Manejo sobre el  stres laboral*. México, México: Secretaria de Salud.
- Complido, G., Campos, M., & Chávez, A. (2007). Significado de las relaciones laborales- interpersonales en médicos residentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del seguro Social*, 45(4), 361-369.
- Cortés, A., Fuentes, C., López, M., V lazquez, G., Farías, O., Olivares, J., y otros. (2005). Medicina académica y género. La mujer en especialidades quirúrgicas. *Gaceta Médicas México*, 141(4), 341-344.
- Cozby, P. (2004). *Métodos de Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw Hill Interamericana.

- Davidson, J. (1999). *Asertividad ¡Facil!* (D. Javier, Trad.) México: Pretince Hall.
- Edelwith, J., & Brodsky, A. (1980). Burnout : stages of disilusionment in the helping profession. *Human Sciences Press*.
- Ellis, A., & Grieguer, R. (1990). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Nueva York: Descleé de Brouwer S.A.
- Enzmann, D., Schaufeli, W., Janssen, P., & Rozeman, A. (1998). Dimensionality and validity of the Burnout Measure. *Journal Ocupational and Organizacional Psychology*, 331-351.
- Fabra, M. (2009). *Asertividad: para muchas mujeres pocos hombres*. Barcelona: Octaedro.
- Flichtentrie, D., Grau, A., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y Español. *Rev Esp. Salud Publica*, 215-230.
- Flores G., M. M., & Díaz Loving, R. (2002). *Asertividad: Una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales*. Mexico: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Flores, M., & Díaz-Loving, R. (2004). *Escala Multidimensional de asertividad (EMA)* . México: Manual Moderno.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-out. *Jornal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Freudenberg, H. (1986). The issues of staff burnout in therapeutic communities. *Journal of psycoactive Drugs*, 18(3), 247-251.
- Gálvez, M., Moreno, B., & Mingote, J. C. (2009). *El desgaste Profesionla del Médico*. España: Diaz de Santos.
- Gantiva Díaz, C. A., Jaimes Tabares, S., & Villa Orozco, M. (26 de Julio de 2010). Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en docentes de primaria y bachillerato. *Psicología del caribe*, 36-50.
- García, A. (2011). Relación entre estrés en el trabajo y el apoyo en el trabajo de médicos internos, residentes, médicos adscritos del Hospital General de Querétaro. *Tesis de maestría*, 36.
- Gil Monte, P., & Péiro, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Burnout. *anales de psicología*, 15(2), 261-268.
- Gil-Monte, P. R., & Moreno-Jimenez, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*. Madrid, España: Piramide.

- Golembieski, M. y. (diciembre de 1983). Phases of Progressive Burnout and Their work site covariants: Critical Issues in OD Reserch and Praxis. *Journal of Aplieedd Behaviour*, 19(4), 461-481.
- Graue Wiechers, E., Álvarez Cordero, R., & Sánchez Mendiola, M. (2008). *El síndrome de Burnout: La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional*. México: Facultad de Medicina.
- Gúzman, J., Shalkow, J., Palacios, J., Zelonka, R., & Zurita, R. (Abril-Junio de 2011). ¿Medicina defensiva o medicina asertiva. *Cirujano General*, 33(2), 151-156.
- Hair , J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2001). *Análisis Multivariante*. Madrid, España: Prentice Hall.
- Harrison, W. (1983). A social competence model of Burnout. *stress of Burnout in human services professions*, 29-39.
- Hernandez, L. (1999). *Hacia la salud Psicológica: Niños socialmente competentes*. México: UNAM Facultad de Psicología.
- Jakubowski, P., & Lange, A. (1978). *The Assertive Option. Your Right & Responsibilities*. E.U.A: Reserch Press Company.
- Lange, A., & Jakubowsky, P. (1976). *Responsible Assertive Behavior*. Illinois: Research Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2001). Burnout and Health. *Handbook of Health Psychology*, 415-426.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2003). Areas of Worklife: a structured approach to organizational predictor of job burnout. *Emotional and Physiological Processes and Positive Intervention Strategies*, 91-134.
- López Ibon, J. (1999). *Lecciones de psicología médica*. España: Mason.
- Martinez , P., Medina, M., & Rivera, E. (Septiembre de 2005). Adicciones, depresión y estrés en médicos residentes. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 48(5), 191-197.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 1-40.
- Maslach, C. (1976). Burnout. *Human Behavior*, 5(9), 16-22.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. (1993). *Historical and conceptual development of burnout. usa*.

- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New Perspectives. (C. U. Press, Ed.) *Preventive Psychology*, 7, 63-74.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annu. Rev. Psychol.*, 397-422.
- Maslach, C. (Abril/Junio de 2009). Comprendiendo El Burnout. *Ciencia y Trabajo*(32), 37-43.
- Méndez, I., Namihira, D., Moreno, L., & Sosa, C. (1990). *El protocolo de la investigación: lineamientos para su elaboración y análisis*. México: Trillas.
- Mingote, A., & Gálvez, M. (2007). El estrés del médico residente en urgencias. *Emergencias.*, 111-112.
- Morales, F., Carreño, J., Luque, M., & Sanchez, C. (Junio de 2010). La supervisión como detonador de estrés en la práctica clínica, recomendación para su manejo. *Perinatología y reproducción humana*, 24(3), 187-193.
- Morante, L. (29 de Octubre de 2012). México, primer lugar en estrés laboral. *Mas por Mas D.F.*
- Moreno, B., Oliver, C., Pastor, J. C., & Aragoness, A. (1990). *El Burnout una forma específica de estrés laboral*. Madrid: Siglo XXI.
- Moreno-Jiménez, B., Gonzalez, J. L., & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout) Personalidad y Salud percibida. *Empleo, estrés y Salud*, 59-83.
- Ortega, C., & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 137 - 160.
- Ortega, M., Mendez, J., & Lopez, F. (Junio de 2009). Medicina Defensiva, su impacto en las instituciones de salud. *Revista CONAMED*, 14, 4-10.
- Ortiz, S., Jaimes, A., Tafoya, S., Mujica, M., Olmedo, V., & Carrasco, J. (2014). Experiencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes. *Cirugía y Cirujanos*, 82, 290-301.
- Parrilla, M. F. (2012). La comunicacion asertividad como competencia exitosa en la Relación Laboral de Jefe-colaborador. *Competencias que generan una relación laboral exitosa*, 1-18.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). Career burnout: causes and cures. *The Free Press*.
- R., B. (June de 1987). Burnout in police work: An examination of the Chernis Model. *Group Organization Manager*, 12(2), 174-188.
- Ramos, F. (2008). *El síndrome de Burnout*. Madrid, España: Cursos de postgrado en psicopatología y Salud.

- Real, A. (2014). *Diccionario de la lengua española* (24 ed.). Madrid, España, España.
- Rees, S., & Graham, R. (1991). *Assertion training*. USA: London and New York.
- Reséndiz, A. (2012). Calidad de vida en médicos residentes: una propuesta de una intervención psicológica. *Tesis para obtención de Doctorado. UNAM*, 197.
- Rodríguez Estrada, M., & Serralde, M. (1993). *Asertividad para negociar. Serie: El arte de negociar*. Mexico: Mc Graw- Hill.
- Rodríguez, H. (Septiembre de 2006). De la medicina defensiva a la medicina asertiva. *Revista Médica Uruguay*, 22(3), 167-168.
- Rossi, G., Cagnori, A., Giser, E., Luciano, J., Cortés, L., Lerose, C., y otros. (2007). Encuesta sobre satisfacción laboral de los médicos de un Hospital Público. *Intra Med journal*, 2(1), 1-14.
- Salter, A. (1961). *Conditioned Reflex Therapy* (7 ed.). Capricorn Giat.
- Schaufeli, W. (2005). Burnout en profesores: Una perspectiva social del intercambio. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 15-35.
- Schulder, E. (2001). *Asertividad*. Madrid: Gaia .
- Sogi, C., Zavala, S., Olivares, M., & Salcedo, C. (2006). Autoevaluación de formación en Habilidades de entrevista, relación médico-paciente y comunicación en médicos graduados. *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional de San Marcos*, 30-37.
- Szwako, A. (Junio de 2014). Relación entre la funcionalidad familiar y síndrome de burnout en residentes de medicina familiar. *Revista Salud Pública*, 4(1), 21-26.
- Tamayo, T. (2007). *La comunicación humana Médico-Paciente*. México D.F: Prado.
- Tena Tamayo, C., & Sánchez González, J. M. (Octubre de 2005). Medicina Asertiva: Una propuesta contra la medicina defensiva. *Ginecología y Obstetricia de México*, 73(10), 553-559.
- Tena, C., & Sánchez, J. (s.f.). *Medicina asertiva. Una alternativa para mejorar la calidad*. México: CONAMED.
- Thompson, M., Page, S., & Cooper, C. (October de 1993). A test of carver and Scheiers self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress y Health*, 9(4), 221-235.
- Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y Desgaste Profesional* (1 ed.). Buenos Aires, Argentina: Espacio.
- Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Pediatría. "Silvestre Frenk Freund", del Centro Médico Nacional Siglo XXI. (s.f.). *Edumed.imss.gob.mx*. Recuperado el 1

de 10 de 2013, de
<http://edumed.imss.gob.mx/pediatria/nueshosp/pagatenmed.htm>

Uribe Prado, J. F. (2008). *Psicología de la salud en México*. Mexico, Mexico.

Valencia, J. (2008). Prevención del conflicto médico en pediatría. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 25(2), 138-140.

Verduzco , W. (2013). Síndrome de burnout. *AAPAUNAM:Academia, Ciencia y Cultura*, 186-191.

Villanueva, H., Parra, H., De la rosa, J., Gámez, B., & Gómez, R. (2011). Índice de satisfacción y desarrollo de competencias en residentes de pediatría. *Boletín de Clínica Infantil Estado de Sonora*, 28(2), 66-71.

Wolpe, J. (1979). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.