



# Universidad Nacional Autónoma de México

---

## Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Burnout y Afrontamiento en profesionales de la salud  
relacionados con la hemofilia**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

**Carlos Prado Romero**

Directora: Dra. **Maricela Osorio Guzmán**

Dictaminadores: Dra. **Georgina Eugenia Bazán Riverón**

Dra. **Blanca Estela Huitrón**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, septiembre 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.

*“La psicología nunca fue parte de mi vocación natural.  
Incluso ya concluidos mis estudios sopesé  
la posibilidad de dedicarme a la música”*

Dr. Emilio Ribes Iñesta

*“Sin el trabajo, la inspiración no es más que  
un junco sacudido por el aire”*

Johannes Brahms

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, he de agradecer a mis padres, *Arminda* y *Evaristo*, que con su esfuerzo y dedicación no solamente han hecho posible la realización de este proyecto, sino que me han apoyado en todo momento, aun cuando el porvenir no era nítido en el horizonte y sobre todo que con su guía han hecho de mí el hombre que soy ahora.

Por supuesto también a mis abuelitos *Mario* y *Rosita*, dos luceros que han alumbrado siempre mi vida, impulsándome a seguir mis sueños.

A mi hermano *Toño*, encarnación del amor fraternal, siempre alegre, sincero y leal, espero puedas aprender de mí la mitad de lo que yo lo he aprendido de ti.

Al “Gremio Cool” por compartir todas esas risas y aventuras, las que hacían más amena nuestra estancia en la universidad.

A la Tuna Imperial de la FESI (hermanos de beca y capa) que me enseñaron el secreto para el buen vivir, y sobre todo que “la palabra „no” carece de sentido en la boca de un tuno pues podemos hacerlo todo”.

Finalmente a la Dra. Maricela Osorio Guzmán, por mostrarme el camino y creer en mí aun cuando yo mismo perdía la fe.

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD</b> .....	3
1.1 Desarrollo de la psicología de la salud .....	3
1.2 Funciones del Psicólogo de la salud.....	7
1.3 Instrumentos de Evaluación .....	10
1.4 Áreas de aplicación e intervención .....	12
1.5 Enfermedades Crónicas .....	17
1.5.1 Hemofilia.....	18
<b>2 BURNOUT EN PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA SALUD</b> .....	22
2.1 Desarrollo del concepto <i>Burnout</i> .....	22
2.2 Factores de riesgo del Burnout.....	27
2.3 Evaluación.....	30
2.4 Estrategias de intervención .....	33
2.5 Investigaciones en el área.....	37
<b>3 AFRONTAMIENTO</b> .....	44
3.1 Desarrollo del concepto de afrontamiento.....	44
3.2 Estrategias de Afrontamiento.....	50
3.3 Evaluación e Intervención .....	57
3.4 Investigación en el área .....	62
<b>4 BURNOUT Y AFRONTAMIENTO EN PROFESIONALES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA HEMOFILIA</b> .....	65
<b>Método</b> .....	65
<i>Objetivo:</i> .....	65
<i>Objetivos específicos:</i> .....	65
<i>Diseño de investigación:</i> .....	65
<i>Definición de Variables:</i> .....	65
<i>Participantes:</i> .....	66
<i>Escenario:</i> .....	66
<i>Instrumentos:</i> .....	66

<i>Análisis de Datos:</i> .....	67
<i>Procedimiento</i> .....	68
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>69</b>
<b>Confiabilidad de los instrumentos</b> .....	<b>73</b>
<b>Niveles de <i>burnout</i></b> .....	<b>74</b>
<b>Tipos de afrontamiento</b> .....	<b>76</b>
<b>Correlaciones</b> .....	<b>77</b>
<b>Correlaciones entre los instrumentos</b> .....	<b>78</b>
<b>Diferencias entre grupos</b> .....	<b>79</b>
<b>6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	<b>81</b>
<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>88</b>
<b>8. ANEXOS</b> .....	<b>95</b>

# INTRODUCCIÓN

El estrés es un fenómeno serio que se presenta de forma común en profesionales de la salud debido a la excesiva carga laboral que soportan en las instituciones donde llevan a cabo sus actividades, y las estrategias que ocupan para poder hacer frente a esta problemática juegan un papel vital en el desarrollo de diversas enfermedades o síndromes que pueden afectar de forma biopsicosocial, como tal es el caso del *síndrome de burnout*.

De esta forma, el realizar investigaciones donde se analice la presencia de este síndrome, el grado en que se manifiesta y las estrategias que ocupan para afrontar cobra relevancia debido al efecto que puede tener en su calidad de vida personal y laboral, ya que este síndrome no solo afecta a las personas que lo padecen, sino a las que lo rodean como colegas, familiares, amigos o pacientes.

Por ello se decidió elaborar un trabajo de investigación con el objetivo de observar y analizar la correlación existente del nivel de *burnout* y el tipo de afrontamiento que presentan profesionales de la salud relacionados con la hemofilia.

A su vez, se ha escogido esta población ya que la hemofilia ha sido muy poco estudiada en torno a los efectos psicosociales que se pueden llegar a manifestar, y el grupo *enfermedades crónicas* ha dirigido sus esfuerzos a los de pacientes con hemofilia (PCH) ya que a pesar de ser una enfermedad sumamente rara, puede tener efectos significativos en las personas que la padecen y las personas relacionadas con ellos.

A partir de esto, en el presente trabajo se desarrollan diferentes cuestiones relacionadas con esta temática; en el capítulo 1 se puede encontrar información sobre la psicología de la salud, ya que es la perspectiva en la que se basa la investigación, también se encuentran las funciones que un psicólogo dentro de esta área tiene, así como las herramientas que posee para realizar evaluación e intervención en las diferentes poblaciones sobre las que actúa para finalmente referir a las enfermedades crónicas y describir a la hemofilia como enfermedad.

En el capítulo 2, se explica el desarrollo que ha tenido el *síndrome de burnout*, los factores de riesgo relacionados con su aparición y síntomas, además del proceso de evaluación que se lleva y sus principales intervenciones para finalmente referir algunas investigaciones que se han realizado sobre este tema.

El capítulo 3 define al afrontamiento además de enmarcar la relación que tiene con el estrés, relata las diferentes estrategias que se tienen para hacer frente a las situaciones estresantes, también, de la misma forma que en el capítulo anterior se refieren las formas más importantes que se tienen para evaluar e intervenir en esta área, contando también con algunas investigaciones que se tienen sobre el estrés y las estrategias de afrontamiento usadas por profesionales de la salud.

El eje central es esta investigación se encuentra en el capítulo 4 donde se describe detalladamente la metodología que se siguió durante la investigación, como los objetivos tanto específicos como el general, la población, escenario, variables, diseño experimental, instrumentos utilizados (Maslach Burnout Inventory, Cuestionario de Afrontamiento al Estrés), análisis de datos y procedimiento.

Posteriormente en el capítulo 5 se presentan los resultados obtenidos, donde primeramente se hace mención de las características demográficas de la población, para pasar propiamente a señalar la confiabilidad de los instrumentos, niveles de burnout y afrontamiento encontrados en la población, además de las correlaciones entre instrumentos y varianzas encontradas.

Finalmente se presentan las conclusiones obtenidas a partir de los resultados en el capítulo 6, para terminar con las referencias utilizadas en la investigación en el capítulo 7 y anexos en el 8.



# 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

## 1.1 Desarrollo de la psicología de la salud

Cuando se revisa la historia del área de la salud inevitablemente se asocia con su contraparte la enfermedad. De la misma manera, no puede hablarse de esta área sin abordar el avance del saber médico ya que transita junto con la salud desde sus inicios, lo que ha llevado a que sean los médicos quienes tradicionalmente se han hecho cargo de la salud, bajo la premisa de que al curar se devolverá el bienestar, situación que no es siempre correcta.

Se tienen reportes de la intervención de curanderos o brujos, quienes poseían el saber y lo utilizaban para alejar a los malos espíritus con sus herramientas, sustentando que la enfermedad era causada por espíritus demoniacos depositados en el cuerpo de una persona, y que ahuyentarlos era la única forma de lograr recuperar la salud. La idea de “sacar el mal del cuerpo” se ha mantenido hasta la actualidad cambiando el nombre y naturaleza del agente patógeno en el cuerpo, de espíritus a bacterias y virus, y de chamanería a antibióticos, y con ello se espera que los individuos recuperen la salud sin considerar su contexto ni su historia (Reynoso & Seligson, 2002).

El saber médico de los curanderos fue en su momento transmitido por vía oral en un círculo muy pequeño y exclusivo, los ayudantes mediante el aprendizaje vicario asimilaban todas las técnicas y conocimientos de su maestro, y solo cuando su maestro se retiraba o moría, este podía desarrollar sus labores. De esta forma se aseguraban de que sus conocimientos fueran poco difundidos, y se reconocía su labor como fundamental.

La civilización griega con Hipócrates, incorporó los elementos antes mencionados en sus enseñanzas. Postulando que el mal se encontraba como una mezcla de elementos y humores que al interactuar con el cuerpo producían enfermedad, y el deber del médico era expulsarlo del cuerpo.

Durante la edad media se tomó la metodología de trabajo de los curanderos y brujos, donde algunos de ellos encontraron refugio en la religión y le dieron nuevos

matices a las enfermedades y a las opciones terapéuticas si las principales causas eran demoniacas, entonces se recurría a la comunión, agua bendita y a los exorcismos. Esta situación generó que, al ser los clérigos los poseedores de la sabiduría médica, solo aquellos que predicaban la fe católica podrían alcanzar dicho conocimiento y la salvación.

Los monasterios se convirtieron en lugares a los cuales acudían los enfermos en busca de salvación y alivio a sus males. Es en esta época donde los enfermos eran alejados de la sociedad en los hospicios (antecedente directo de los hospitales) y los sanatorios, un caso muy común era el de los enfermos de lepra.

Siguiendo la evolución del saber médico a través del tiempo, se puede identificar la salida de los clérigos de los monasterios y su instauración en los ejércitos, apareciendo el oficial de salud, cuya tarea era denunciar e ingresar a los “apestados” en instituciones de reclusión, esto es un antecedente directo de los sistemas de salud pública. También surgen los barberos, que realizaban cirugías menores, aplicaban sanguijuelas y fungían como dentistas, entre otras cosas. Así es posible observar la diversificación de las especialidades médicas.

De esta manera, a partir del siglo XVI la medicina comienza su etapa pre científica con personalidades como William Harvey que en su libro *“Exercitatio Anatomica De Mortu Cordis”* describió la circulación sanguínea, abriendo un mundo nuevo de posibilidades para otras personalidades como Vesalius, Columbus, Morgani, Bichat, entre otros, así como la aparición de descripciones anatómicas fruto del estudio con cadáveres.

Estas descripciones anatómicas en cuerpos sanos y enfermos, sentaron las bases de la anatomo-patología; los interrogatorios médicos, la toma de signos, y las maniobras exploratorias, que relacionándose entre sí permitieron mejores descripciones de las enfermedades, y la escritura de nuevos textos que ahora enriquecían el saber médico, sin embargo, el modelo de enseñanza no se modificó.

Durante el siglo XIX la medicina comenzó a realizar prácticas de carácter científico formalmente, ya que comenzaron a fundamentar sus conocimientos en una

teoría metodológicamente sólida y sistemática, confirmando su superioridad sobre otros practicantes de la medicina como barberos y oficiales de salud haciéndolos desaparecer del área de la práctica clínica.

Durante el siglo XX el modelo de salud consideraba que las enfermedades no podían ser prevenidas, por lo que la gente asistía a los servicios salud solo cuando se encontraba bajo el influjo de agentes patógenos, y desafortunadamente la medicina no podía ofrecer curas para todas las enfermedades que aquejaban aquella época (neumonía, difteria y fiebre tifoidea por dar algunos ejemplos), dando como resultado dos opciones, recuperarse en cuestión de semanas o morir en breve (Brannon y Feist, 2000).

Conforme ha transcurrido el tiempo “la salud” ha experimentado diversas transformaciones, en primer lugar, las principales causas de muerte han dejado de ser aquellas derivadas de agentes infecciosos y han pasado a ser aquellas derivadas de comportamientos poco saludables. Después se tiene que el creciente coste en los cuidados médicos ha resaltado la importancia de educar a las poblaciones acerca de cómo las costumbres saludables pueden reducir los riesgos de caer en enfermedad; en tercer lugar, llegar a la reconstrucción del concepto de “salud”, definido como la presencia de bienestar (físico, psicológico y social) y no solo la ausencia de enfermedad, con ello, los profesionales de la salud han comenzado a abogar por un modelo más amplio de la salud y la enfermedad, cuestionando al modelo biomédico tradicional.

Sería ilógico pensar que la salud es únicamente la ausencia de enfermedad, ya que se caería en el error de definir algo a través de lo que no es, y de ser así, la enfermedad podría definirse como la ausencia de salud. Reynoso y Seligson (2002) consideran que la salud y la enfermedad son una unidad indisoluble, y que se encuentran entrelazados, por lo que debe abordarse con el modelo biopsicosocial, ya que es un concepto de carácter multicausal. De esta forma en la realidad actual, en el sector salud laboran no solamente médicos y odontólogos, sino una serie de profesionistas instruidos en el área de la salud como psicólogos, biólogos, trabajadores

sociales, antropólogos, sociólogos y demás para lograr un verdadero trabajo multidisciplinario en favor de la salud.

Labiano (2009), refiere que la salud entendida en un sentido amplio, es el conjunto del bienestar físico, social y psicológico, abarcando todas las áreas del comportamiento humano y su subjetividad.

Este bienestar corresponde a factores ecológicos, económicos y sociales enmarcados en un contexto histórico donde las personas son los directos responsables, esto es, que los hábitos, creencias y actitudes forman un cúmulo complejo que afectan los procesos corporales, por ello, el paciente se transforma en un “agente de salud” al auto-vigilarse y establecer un vínculo de comunicación bidireccional “profesional-usuario”.

En este sentido el modelo biopsicosocial, admite que la salud y la enfermedad están múlti-determinadas, es decir, que hay una serie de procesos de orden tanto macro (social, económico, ambiental) como micro (biológico, químico, emocional), entendiéndose que la salud es un proceso, que se alcanza con el equilibrio de estos elementos, y que da pie a una explicación sistemática de la salud más amplia e integrativa.

Es de esta forma que en la psicología de la salud surge y se reafirma la idea de que el comportamiento es crucial para mantener la salud o generar la enfermedad. Para Matarazzo (1980, citado en Labiano 2009) la psicología de la salud es definida como la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención, y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario, y la formulación de una política de la salud.

## 1.2 Funciones del Psicólogo de la salud.

El papel del psicólogo ha ido en incremento en los últimos años en el sector salud y de acuerdo a Reynoso y Seligson (2002) esto se podría deber a cuatro diferentes razones, la primera hace mención a la falta de claridad en el modelo biomédico para poder explicar adecuadamente la salud y la enfermedad, en segundo lugar hay un creciente interés en la relación calidad de vida y prevención de la enfermedad, en tercero el importante cambio que existió de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas y su relación con el estilo de vida, y finalmente el creciente desarrollo en las ciencias de la conducta.

Las funciones que realiza un psicólogo de la salud son muy variadas, Piña (2010) plantea que esencialmente son 5: la de diagnóstico, planeación, prevención, intervención e investigación. En esta misma línea, el Colegio Oficial de Psicólogos de España (1998), describe específicamente estas funciones:

- 1) **Evaluar:** Consiste en la reunión sistemática relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y estado emocional de las personas. Esta evaluación regularmente puede implicar a más de una persona, dirigiéndose a un grupo como una familia o una pareja, comúnmente esta evaluación puede ser empleada para llevar a cabo un diagnóstico o intervención. En general este apartado suele constar de entrevistas, cuestionarios, pruebas, observaciones o el uso de aparatos psicofisiológicos.
- 2) **Diagnosticar:** Consiste en identificar y rotular un problema comportamental, cognitivo, emocional o social de una persona, grupo o comunidad, entendido como el resultado de un previo proceso de evaluación psicológica.
- 3) **Tratamiento e Intervención:** El tratamiento en sí mismo supone un actuar sobre el diagnóstico con el objetivo de resolver problemáticas conductuales, emocionales, preocupaciones personales, regularmente en forma de psicoterapia con el enfoque particular del clínico de la salud que preste sus servicios, ya sea de forma individual, grupal o comunitaria.

Otra de las formas de intervención frecuentes en el campo de la salud consiste en diseñar y ejecutar programas para la adaptación a las enfermedades, al

tratamiento de las disfunciones psicosociales que acompañan el proceso de enfermar, a la hospitalización y tratamiento correspondiente.

- 4) Consejo, Asesoría, Consulta y Enlace: Estas funciones corresponden con el término “consultor técnico” donde diferentes instituciones (sanitarias, jurídicas, corporaciones multinacionales, médicos, abogados, gobierno, centros educativos, sociedades y asociaciones), solicitan el apoyo para el diseño y ejecución de programas de modificación conductual, enseñanza, entrenamiento de personal, instrumentación psicológica, etc.
- 5) Prevención y promoción de la salud: Consiste en informar a las poblaciones para evitar formas de comportamiento poco saludables, disminuyendo el surgimiento de nuevos casos, y realizando acciones para reducir los daños colaterales de una determinada intervención.
- 6) Investigación: Las áreas en las que ésta función puede llevarse a cabo van desde la construcción y validación de *tests*, hasta el estudio del proceso y resultado de diferentes tratamientos psicológicos
- 7) Dirección, administración y gestión: Esta función tiene relación con la gerencia o colaboración para la gestión y organización correcta del sistema sanitario de una comunidad, organización, grupo, o gobierno, actuando como experto en relaciones humanas e interacción personal, ofreciendo a los equipos de salud coordinación de actividades y asesoría en la solución de dificultades que pueden surgir de la interacción, colaborando para mejorar la calidad de convivencia entre los diferentes miembros, y entre los diferentes equipos, a fin de optimizar el rendimiento de los dispositivos asistenciales.

En el año de 1977, el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología, refirió algunas recomendaciones para la enseñanza de la psicología, entre las cuales se propuso, la formación metodológica para la vinculación de la ciencia básica con la aplicada, enfocada en el uso y utilización de tecnologías y conocimientos derivados de la psicología (Piña, 2010).

Sebastiani, Pelicioni y Chattioni (2002), indican que, pese a la formación escolar recibida en alguna institución educativa, el psicólogo de la salud debe de tener la

capacidad para poder delimitar, enfocar e identificar problemáticas sociales en términos comportamentales, cognitivos y socioculturales para una intervención comunitaria, en las cuestiones cotidianas que involucran a los individuos, grupos, comunidades, y sociedades que buscan un bienestar biopsicosocial.

Por otro lado, Buela, Sierra y Carrobles (1995) mencionan que la capacidad de empatía es importante para poder comprender las dificultades que enfrentan aquellas personas con un problema médico, así como la capacidad para poder sintetizar información y desprofesionalizarla con la intención de transmitirla a las poblaciones.

### 1.3 Instrumentos de Evaluación

La psicología como disciplina, posee diferentes instrumentos para recabar información, ya sea para poder intervenir adecuadamente, como para realizar investigación, los cuales se caracterizan principalmente por enfatizar la importancia de las mediciones confiables y válidas para que tal evidencia pueda sistematizarse, evaluarse y analizarse, mediante los llamados métodos cuantitativos. En este sentido, un instrumento es un proceso estandarizado, sistematizado, objetivo y sistemático que permite la comparación de un individuo con un grupo normativo, lo cual brinda información sobre una muestra de comportamiento o proceso cognitivo con la cual se puede pronosticar el comportamiento futuro (Aragón, 2014).

También existen métodos cualitativos que corresponden a formas más subjetivas para recabar información, con los cuales se busca explorar los conceptos y experiencias de la salud y la enfermedad que tienen los individuos en una determinada condición (Marks, Murray & Brian. 2008).

Marks, Murray y Brian (2008), hacen referencia a los siguientes métodos de evaluación:

#### 1) Métodos Cuantitativos:

- a. Observación directa: método sencillo y poco problemático que permite la visualización de la conducta de interés en un contexto relevante, la cual puede estar acompañada de registros en forma escrita, auditiva o visual.
- b. Entrevista estructurada: conjunto estándar de preguntas preparadas previamente sobre algún tema en particular, la cual puede ser realizada en persona o de forma indirecta –vía telefónica-.
- c. Cuestionarios: conjunto de preguntas con instrucciones, validados y confiabilizados previamente, cuyo objetivo es comparar algún atributo psicológico con el de una población estandarizada.

#### 2) Métodos Cualitativos

- a. Diarios: evidencia permanente de la experiencia (diaria en algunas ocasiones) que se ha tenido sobre alguna cosa, que algunos casos han



ayudado a reducir los síntomas de las enfermedades, probablemente por la liberación de energía emocional.

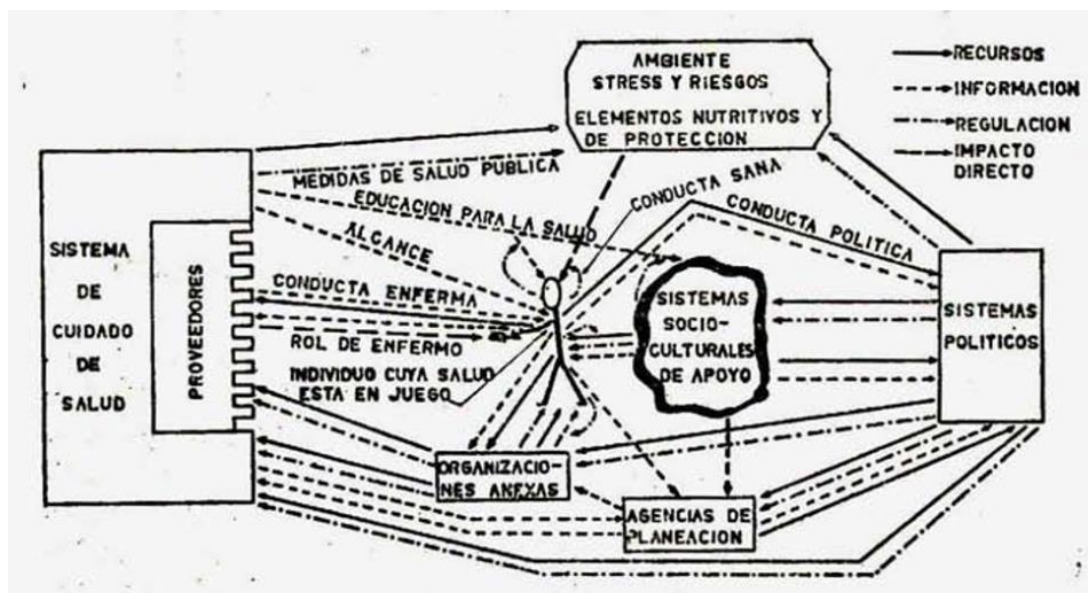
- b. Aproximaciones narrativas: técnica que busca los significados personales sobre la salud y la enfermedad a través de las experiencias personales e historias de los individuos.
- c. Entrevista semiestructurada: guía de preguntas encaminada a explorar la opinión de los participantes sobre algún tema, donde los entrevistados pueden ser capaces de expresar sus pensamientos y sentimientos con libertad.
- d. Grupos focales: se refiere a los grupos de discusión donde los participantes se “enfocan” de forma colectiva en algún tema o problema, que a menudo se presenta en forma de preguntas.
- e. Análisis del discurso: procedimiento que se enfoca en el análisis del empleo del lenguaje de forma oral y/o escrita, para poder tener una aproximación a la realidad social particular de los individuos.

En tanto la psicología busca objetividad, validez y confiabilidad de sus mediciones, es lógico ocupar el método científico para observar y aproximarse a los fenómenos naturales, sin embargo, el trabajo de esta disciplina no está restringido a seguir metodologías restrictivas y duras para la investigación e intervención, los psicólogos de la salud han desarrollado una serie de modelos teóricos que sirven como vehículos para la comprensión del comportamiento humano y su relación con la salud, como la conducta de fumar, el abuso de alcohol, y los hábitos alimenticios no saludables por mencionar algunos (Brannon y Feist, 2000).

## 1.4 Áreas de aplicación e intervención

Debido a su naturaleza la psicología de la salud tiene un gran número de aplicaciones en tanto al número de enfermedades existentes como a los factores que están relacionados con su desarrollo y mantenimiento.

Stone (1988) refiere que todo problema relacionado con la salud del individuo debe de pensarse en términos relacionales y siempre centrados en la persona, situación que difiere de los modelos médicos tradicionales como se ya ha referido en este trabajo; este autor presenta la siguiente figura sobre las diferentes variables que intervienen en el proceso de “salud-enfermedad” y que por lo tanto permean la intervención (Véase figura 1).



**Figura 1.** Descripción de las variables que intervienen en la psicología de la salud.

Fuente: Stone, G. C. (1988). Psicología de la Salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de psicología*. 20(1): 15-26.

Sin embargo, Cardozo y Rendón (2014) afirman que las aplicaciones e intervención de la psicología de la salud se centran en los tres niveles de prevención de la salud:

- Primario: Protección y promoción de la salud, realizando modificación de hábitos nocivos para la salud, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, comunicación u otras que decrementsen la probabilidad de aparición de enfermedades.
- Secundario: Evitación del desarrollo y avance de una enfermedad presente en los individuos, modificando hábitos que propicien el desarrollo de la enfermedad, así como propiciando adherencia al tratamiento indicado.
- Terciario: una vez que se cronificó la patología, se trabaja para evitar la incapacitación de la persona y detener el avance de la enfermedad.

Desde otra perspectiva García, Piqueras, Rivero, Ramos y Oblitas (2008) afirman que esta rama de la psicología se sirve de las aportaciones dadas por las diferentes tradiciones (conductismo, sistémico, humanismo, etc.), pero que, sin embargo, las aplicaciones que tiene esta disciplina no se limitan a la intervención durante las enfermedades, sino que existe en varios niveles.

- Promoción de la salud: el conjunto de acciones dirigidas a llevar a cabo un estilo de vida saludable, estado completo de bienestar físico, anímico y social.
- Prevención de las enfermedades: los esfuerzos encaminados a la eliminación o modificación de comportamientos asociados a enfermedades o potenciales riesgos para la salud. Ejemplos de esto podrían ser las intervenciones sobre el tabaquismo o las campañas para el uso del cinturón de seguridad en vehículos de transporte.
- Evaluación y tratamiento de enfermedades específicas: la implementación de programas y técnicas provenientes de la psicología que acompañan a los tratamientos médicos, como lo sería la intervención en la reducción de la ansiedad o el control del dolor crónico.
- Evaluación y mejora del sistema sanitario: el conjunto de propuestas dirigidas al mejoramiento de la atención en salud, la educación del personal y finalmente la elaboración y apoyo de las políticas de salud pública.

Para Oblitas (2008) la psicología de la salud tiene diferentes aplicaciones en la actualidad, las cuales se enlistan a continuación de acuerdo a los diferentes padecimientos donde se interviene:

**Cáncer:** Mediante una sub especialidad de la oncología llamada psico-oncología, donde se realizan actividades como, detectar e intervenir sobre los factores psicosociales que pudieran estar influyendo sobre el origen del cáncer; intervenir terapéuticamente sobre la respuesta emocional de los pacientes y las personas cercanas a ellos (familiares y profesionales de la salud) en todas las fases de la enfermedad como el diagnóstico, tratamiento, enfermedad avanzada y terminal, duelo y recuperación de la salud y calidad de vida.

**Dolor crónico:** se describe como experiencia tridimensional dividida en diferentes partes:

- Sensorial: corresponde a la experiencia de dolor físico
- Afectiva: implica una caracterización emocional del dolor que derivan en comportamientos de evitación a la estimulación dolorosa
- Cognitiva: responde a la experiencia subjetiva del dolor considerada la integración superior de la experiencia del dolor

En este sentido la intervención al dolor crónico se realiza mediante programas conductuales y cognitivo-conductuales reduciendo el dolor, incrementando la movilidad física y mejorando el estado afectivo y cognitivo.

**Trastornos cardiovasculares:** en estos términos la psicología interviene directamente en la prevención de la enfermedad, así como como en el tratamiento farmacológico, generando adherencia a los tratamientos.

**Trastornos del sueño:** este tipo de trastornos suele ser un factor potencial para diferentes alteraciones en la salud, problemas psicológicos y sociales, como la depresión, la irritabilidad, problemas cardiovasculares o falta de energía. En cualquier caso, las técnicas que en mayor medida han demostrado gran eficacia en el tratamiento de estos problemas son la relajación progresiva, la terapia de control de estímulos y la intervención paradójica.

**Asma Bronquial:** para esta rama de la psicología, el desarrollo de la enfermedad bronquial tiene diferentes variables tanto comportamentales como cognitivas, por lo que el psicólogo debe hacerse cargo de todas ellas:

- Cognitivas: facilitar información, fomentar un estado de alerta apropiado y una comprensión adecuada del tratamiento para que los pacientes se sientan mejor preparados, afronten de mejor forma la enfermedad, y se adhieran al tratamiento.
- Conductuales: la reducción o modificación de comportamientos poco saludables como el fumar, realizar arduo ejercicio, etc.

**Diabetes:** diferentes investigaciones evidencian la relación que existe entre los factores psicológicos y esta enfermedad, en primera instancia aquellos derivados del diagnóstico médico, por lo que se ha demostrado que las personas con esta enfermedad tienen una mayor prevalencia de trastornos psicológicos frente a la población normal.

**Fibromialgia:** a lo largo de la literatura en este tema, existe unanimidad en los autores al referir que el proceso fibromiálgico está relacionado con la ansiedad, el insomnio, la irritabilidad, la apatía, la hipocondría y la preocupación por la normalidad de las funciones biológicas del cuerpo.

Para este tipo de casos la terapia centrada en la reducción de la ansiedad y estrés, viene acompañado de la instrucción en técnicas de afrontamiento y el cambio de pensamientos negativos y de indefensión.

García, Piqueras, Rivero, Ramos y Oblitas (2008) añaden a esta lista la atención dirigida a las toxicomanías “tabaquismo” y al “alcoholismo”:

**Tabaquismo:** la conducta del fumar está íntimamente relacionada con enfermedades como el cáncer de pulmón, EPOC entre otras, y se ha demostrado que la implementación de técnicas conductuales es muy apropiada. Procedimientos aversivos, relajación, control de estímulos, reducción gradual de la ingestión de nicotina, desensibilización, etc.

También es común encontrar programas combinados con medicamentos sustitutivos de la nicotina, sin embargo, la literatura indica que tratamientos donde solo se utilizan medicamentos no tienen mayor eficacia que los conductuales, ante esto se recomienda que este tipo intervención se adecúe al perfil del usuario y a sus creencias.

**Alcoholismo:** este tipo de programas ha cambiado a lo largo del tiempo, y actualmente se asume que una intervención a nivel familiar y escolar/laboral es muy eficaz.

Se trata de un entrenamiento en habilidades de comunicación, resolución de conflicto, entrenamiento en detección de riesgos, entrenamiento en habilidades sociales y el fomento de redes de apoyo que sostengan al paciente durante y después de la intervención.

## 1.5 Enfermedades Crónicas

Es importante tener claridad en el concepto de “enfermedad crónica”, la Organización Mundial de la Salud (2009, en Guevara y Galán 2010), lo define como aquellas enfermedades que son permanentes o de larga duración, y que por lo general tienden a tener un progresión lenta y degenerativa; casi por contraposición una “enfermedad aguda” es la que tiene una muy corta duración.

Las enfermedades crónicas comienzan a ganar terreno en países desarrollados como los Estados Unidos, a comparación de las enfermedades agudas donde las personas se curan relativamente rápido, este tipo de enfermedades, son de gran importancia para la medicina y la psicología de la salud, ya que no solo afectan a los pacientes, sino también a los familiares y amigos con los que se tiene interacción.

Según Leventhal y sus colaboradores (1985, citado en Brannon y Feist 2000), las personas constantemente tienden a conceptualizar la mayoría de las enfermedades como agudas y no como crónicas, y refieren que esta visión distorsionada de la realidad del padecimiento afecta directamente a las personas que la padecen, ya que a lo largo de sus vidas tienen generalmente problemas para adherirse al tratamiento, lo que a largo plazo conlleva al deterioro de salud y calidad de vida, con la aparición de padecimientos co-mórbidos propios de la enfermedad, un ejemplo de esto puede ser la amputación de alguna extremidad, como efecto de alguna infección cutánea derivada de diabetes mal cuidada.

Es un hecho que las personas deberían afrontar sus enfermedades, lo cual no es tarea sencilla, ya que deben manejar los síntomas de su enfermedad con el estrés que produce su tratamiento, además de que el sistema de salud tiende a privar a las personas no solo de la sensación de competencia y control, sino también, de sus derechos y privilegios, por lo que estos se sienten como “enfermos” y no como “personas”.

En sí, la enfermedad comúnmente produce sensaciones de vulnerabilidad y pérdida de control sobre los acontecimientos futuros, al tiempo que se producen

modificaciones en la percepción sobre la persona con algún padecimiento, debido a la constante evolución que tiene una enfermedad crónica.

En muchas ocasiones, el diagnóstico de una enfermedad crónica cambia la vida de las personas ya que atraviesan un proceso gradual de la comprensión del significado de su enfermedad y la integración a sus vidas, así como la percepción de sí mismos, esto constituye una parte vital del proceso ya que obliga a las personas a reevaluar sus vidas, sus relaciones con otras personas e incluso su imagen corporal, en pocas palabras, “nadie vuelve a ser el mismo después de un diagnóstico crónico” (Brannon y Feist, 2000).

La enfermedad genera crisis en la familia y no solo en las personas que la padecen, en el caso de los adultos, tienden a modificar las formas en que se relacionan con los demás y redefinir su identidad, mientras que en el caso de los infantes, la enfermedad tiende a definir su identidad o a volcarse en un punto focal de la misma, esto es porque en muchas ocasiones la enfermedad genera restricciones en la interacción de los niños con sus iguales, como el cáncer, la diabetes, el asma, la artritis o la hemofilia, limitando la movilidad, la actividad, provocando aislamiento, tristeza y depresión.

Guevara y Galán (2010), refieren que las enfermedades crónicas más comunes son las enfermedades cardíacas, respiratorias, el cáncer y la diabetes, siendo las principales causas de muerte a nivel mundial, llegando al 60% de los decesos.

### **1.5.1 Hemofilia**

Hablando en particular de un padecimiento crónico, la hemofilia, o también llamada “la enfermedad de reyes”, es definida como “un trastorno de coagulación de la sangre” caracterizado por la ausencia del factor de coagulación VIII o IX de los XIII que contiene la sangre (Federación de Hemofilia de la República Mexicana A.C., 2016).

En una persona sin el padecimiento, cuando se lesiona algún vaso sanguíneo, el cuerpo normalmente repara el daño mediante la formación de algún coágulo, que se compone de pequeñas células de sangre llamadas plaquetas y de los factores de coagulación, formando una especie de “tapón” que cierra el vaso sanguíneo y detiene el

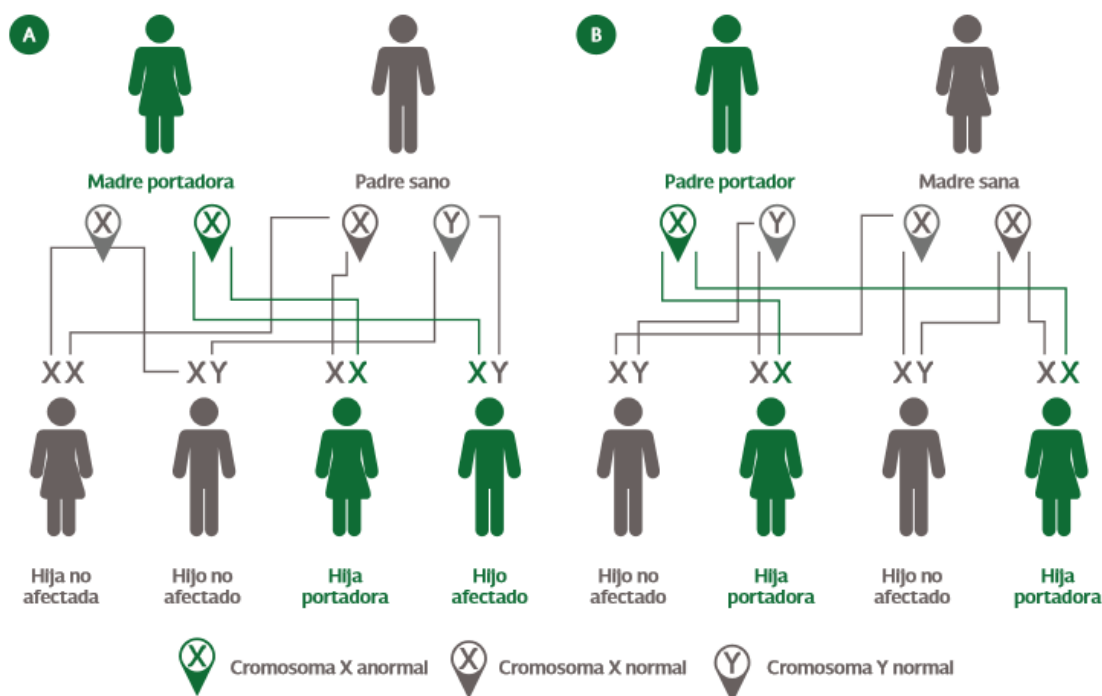


sangrado, sin embargo, en una persona con hemofilia esto no sucede debido a la deficiente presencia del factor de coagulación, generando que las hemorragias tarden en parar, también, provoca la aparición de hemorragias espontáneas a nivel subcutáneo y traumatismos, principalmente en tobillos, rodillas y codos (Federación de Hemofilia de la República Mexicana A.C., 2016).

Este padecimiento es hereditario, esto es que se transmite de los padres hacia los hijos por medio del cromosoma "X", particularmente, las mujeres al poseer dos cromosomas "X" no llegan a presentar la enfermedad ya que si uno está enfermo el otro puede complementar sus funciones o defectos, sin embargo, el hombre tiene solamente uno, por lo tanto, el hombre tiene todos los efectos de la enfermedad.

Cuando una mujer solo presenta un cromosoma alterado es considerada como "portadora" y no presentará los síntomas de la enfermedad, o sea, será "asintomática" con posibilidades de transmitir la enfermedad a sus hijos; debido a que los padres aportan cada uno un cromosoma durante la concepción del nuevo ser, existe una probabilidad de 50% de que el hijo nazca con el padecimiento, o de que si es mujer sea portadora, al contrario, si es el padre el que hereda el cromosoma alterado, no existe posibilidad de que el hijo herede el padecimiento, pero tendrá una hija portadora (se denomina portadora obligada).

Para mayor comprensión de la forma de transmisión se presenta el siguiente diagrama recuperado del "reporte sobre hemofilia en México" de la Federación de Hemofilia de la República Mexicana A.C. (2016).



**Figura 2.** Transmisión de la hemofilia

Fuente: Federación de Hemofilia de la República Mexicana A.C. (2016). Reporte sobre hemofilia en México. Secretaria de Salud: México.

Este trastorno se tipifica de dos maneras, primero se tiene la hemofilia tipo “A” o también llamada clásica, donde el factor disminuido o ausente es el VIII con una prevalencia que va del 80 al 85% del total de los casos presentados; en segundo lugar se tiene la hemofilia tipo “B” donde el factor IX es el que se encuentra disminuido o ausente, con una prevalencia registrada del 15 al 20 %.

De acuerdo a la severidad el padecimiento se clasifica como: leve, cuando el factor de coagulación se presenta entre el 5 y 40% en la sangre, se presentan hemorragias graves ante cirugías y traumatismos importantes, con poca presencia de hemorragias espontáneas; moderada, cuando el factor está presente en cantidades que van del 5 al 1%, en ella se presentan hemorragias espontáneas ocasionales, y hemorragias prolongadas ante traumatismos o cirugías menores; y finalmente severa, cuando existe menos del 1% de presencia del factor en sangre, en este tipo, se presentan con mucha frecuencia hemorragias espontáneas en articulaciones y músculos.

La hemofilia como enfermedad crónica, es catalogada como “rara” ya que se presenta en 1 de cada 10000 nacimientos para la tipo “A” o 1 de cada 50000 para la tipo “B”. En México, según datos de la Federación de Hemofilia de la República Mexicana A.C. (2016), existen 5221 personas con este padecimiento, y 1092 portadoras, con una esperanza de vida aproximada de 75 años en hemofilia leve y moderada, a comparación de los 16 años que vivían en promedio en la primera mitad del siglo XX.

En la actualidad, el tratamiento consiste en la infusión de concentrados de factor.

En general se tienen dos protocolos de aplicación del factor de coagulación, el primero es el tratamiento “a demanda” que consiste en la aplicación del tratamiento cuando existe evidencia de hemorragia, y el segundo nombrado “profiláctico” que tiene la finalidad de prevenir la aparición de hemorragias espontáneas que puedan generar el desarrollo de padecimientos co-mórbidos como el daño articular (hemartrosis), hematomas musculares o sangrados en el sistema nervioso central (Federación de Hemofilia de la República Mexicana A.C., 2016).

## 2 **BURNOUT EN PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA SALUD**

### 2.1 Desarrollo del concepto *Burnout*

El médico psiquiatra Herbert Freudenberger trabajó como voluntario en la *Free Clinic* de Nueva York para toxicómanos donde observó cómo los voluntarios, pasado un periodo que iba de uno a tres años, sufrían de una pérdida progresiva de energía y motivación por su labor, acompañado de claros síntomas de agotamiento, ansiedad y depresión (Carlín y Garcés, 2010).

Según Leiter (1991, en Carlín y Garcés 2010), el trabajo de estas personas estaba caracterizado por poseer poca estabilidad en el horario de sus labores, un salario bajo y un contexto social muy exigente y tenso; esto permitió a Freudenberger describir cómo estas personas poco a poco se tornaban menos sensibles, poco comprensivas y agresivas con los pacientes, aludiendo que sus problemas eran propiciados por las personas a su cuidado.

Carlín y Garcés (2010), refieren que Freudenberger eligió el término *burnout* para describir a este síndrome, el cual puede traducirse como “quemado” o “consumido” y que, también era utilizado en la jerga artística, atlética y deportiva para referenciar a las personas que a pesar de sus esfuerzos no ofrecían los resultados esperados y que por consecuencia recurrían al consumo crónico de sustancias tóxicas.

A partir de este momento las conceptualizaciones sobre el síndrome en cuestión fueron muy variadas, por mencionar algunas se puede hacer mención a los siguientes autores: Storlie (1979) como un colapso espiritual, Seiderman (1978) como una pérdida de energía positiva, de flexibilidad y de acceso a los recursos propios y Bloch (1972) como un tipo de conducta cínica acerca de sus propias relaciones con los clientes, punto en el que insistía Reidl (1977) al hablar de una deshumanización hacia los clientes (Moreno, Rodríguez, Garrosa y Morante, 2005).

A pesar de esto, no fue hasta que Cristina Maslach en 1976, quien estudiaba el comportamiento de profesionales sanitarios, retomó el mismo término que Freudenberger, ésta observó la pérdida de responsabilidad progresiva y desinterés

cínico de sus compañeros de trabajo, y lo describió como un proceso de desgaste en el que intervienen diversos síntomas emocionales, físicos y conductuales, desarrollados a partir de diferentes condiciones en aquellos que trabajan bajo estrés y en interacción constante con personas como los médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, etc., (Maslach 1976, en Meda, *et al* 2008).

Sin embargo, la definición más conocida es la de Maslach y Jackson (1981, en Vilorio y Paredes 2002) que indica que es “un síndrome que consta básicamente de tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja autoestima profesional. El agotamiento emocional es un cansancio físico y/o psicológico que se manifiesta como la sensación de falta de recursos emocionales, y el sentimiento que embarga al trabajador de que nada puede ofrecer a otras personas a nivel afectivo. La despersonalización es lo que se conoce como actitudes inhumanas, aisladas, negativas, frías, cínicas y duras, que da la persona a los beneficiarios de su propio trabajo. La baja autoestima conocida también como falta de realización personal en el trabajo, sentimiento de inadecuación personal o falta de logros personales, se refiere a la existencia de un sentimiento de ausencia de logros propios de las personas en las labores habituales, se presenta un rechazo de sí mismo” (Viloria y Paredes, 2002: 30).

Rodríguez, Oviedo, Vargas, Hernández y Pérez (2009), argumentan que cuando el síndrome se presenta, se desarrolla un proceso de retiro progresivo de todas las actividades que no son propias a la actividad laboral y que generan estrés crónico, aunado a una pérdida de ideales y un desligamiento familiar, social y recreativo formando un autoaislamiento, siendo percibido por las personas que le rodean como fanático por el trabajo, depresivo y hostil.

La diferencia principal entre estrés y *burnout* es que el segundo no desaparece tras un periodo de adecuado descanso y reposo, ya que, a pesar de someterse a un periodo de tiempo libre de estrés y relación con el trabajo, los efectos de este síndrome siguen presentándose.

Castañeda y García (2010), afirman que este es un problema que afecta a gran parte de los profesionales de la salud, y que este número varía desde el 7,7% hasta el 91,8% acorde a diversos estudios realizados. Por ejemplo, en España el síndrome se

detecta con una frecuencia que va del 11,1% al 91,8%; en Centro, Sudamérica y Cuba, del 7,7% al 79,7%, y en México, desde el 12,8% al 50,5%.

Para Carrillo, Gómez y Espinoza (2012), su prevalencia en médicos y especialistas mexicanos va del 30% al 69%. Y esta situación hace que los profesionales relacionados con la salud, con una alta carga de trabajo y expuestos al sufrimiento y muerte de sus pacientes, generen una serie de condiciones que afectan su vida personal y laboral (como se explicó anteriormente), también esto es atribuible al exceso de guardias al mes y al número de horas de trabajo a la semana.

Los síntomas del *burnout* son usualmente multidimensionales con desórdenes psiquiátricos, psicosomáticos y sociales.

#### Psiquiátricos:

- 1) Fatiga y agotamiento crónico
- 2) Problemas de concentración y memoria
- 3) Cambios de personalidad
- 4) Ansiedad y depresión
- 5) Alta probabilidad de suicidio
- 6) Adicciones

#### Psicosomáticos

- 1) Dolores de cabeza
- 2) Problemas gastrointestinales
- 3) Problemas cardíacos
  - a. Arritmia
  - b. Taquicardia
  - c. Hipertonía

#### Sociales

- 1) Resignación
- 2) Aislamiento
- 3) Problemas sexuales

#### 4) Problemas interpersonales

Em esta vía los efectos del *burnout* pueden expresarse a diferentes niveles, como:

- 1) Un deterioro progresivo y encubierto como persona, la probabilidad de generar cuadros de depresión, ansiedad, trastornos de carácter, disfunciones familiares graves (violencia), adicciones y suicidio.
- 2) Trastornos que tienen un efecto directo en el cuerpo como consecuencia del estrés prolongado (enfermedades psicósomáticas) como diferentes expresiones en el tejido muscular, a nivel de sistemas endocrino, nervioso y circulatorio.
- 3) Deterioro de las relaciones laborales como el empobrecimiento del desarrollo personal, rivalidades e individualismo, fallas operativas reiteradas, desmotivación e inconformismo.
- 4) Pérdida de habilidades sociales relacionadas con el trato interpersonal, manifestado en un trato distante con el paciente, mal manejo de la información, y falta de respuesta a las emociones del otro.
- 5) Disociación instrumental externa, observado como conductas automáticas y rígidas como comunicación unidireccional, exceso de estudios, repetición de discursos automatizados y abuso de lenguaje técnico y lleno de intervenciones innecesarias.
- 6) Falta de conciencia del propio agotamiento e irritación constante, carencia de autocrítica, desvaloración del paciente, su padecimiento e intervenciones superficiales.
- 7) Impulsividad, conductas altamente reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con sus colegas o personal de la institución, así como maltrato a los mismos y a los pacientes.

Lo anterior hace que el estudio sobre esta condición cobre gran relevancia ya que impacta significativamente en el desempeño laboral de los trabajadores del ramo de la salud, haciendo imperativa la necesidad de detectarlo tempranamente, priorizando la implementación de programas de prevención, intervención y tratamiento en instituciones de salud.

Más recientemente Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), afirman que el *burnout* es una respuesta crónica generada por diversos factores estresores, y que, el cinismo, el agotamiento y la ineficacia son las tres dimensiones en las que se presenta, y mediante las cuales los individuos poco a poco comienzan a tomar cierta distancia emocional de las personas con las que interactúan en su trabajo y como un método de afrontamiento ante la sobrecarga laboral.

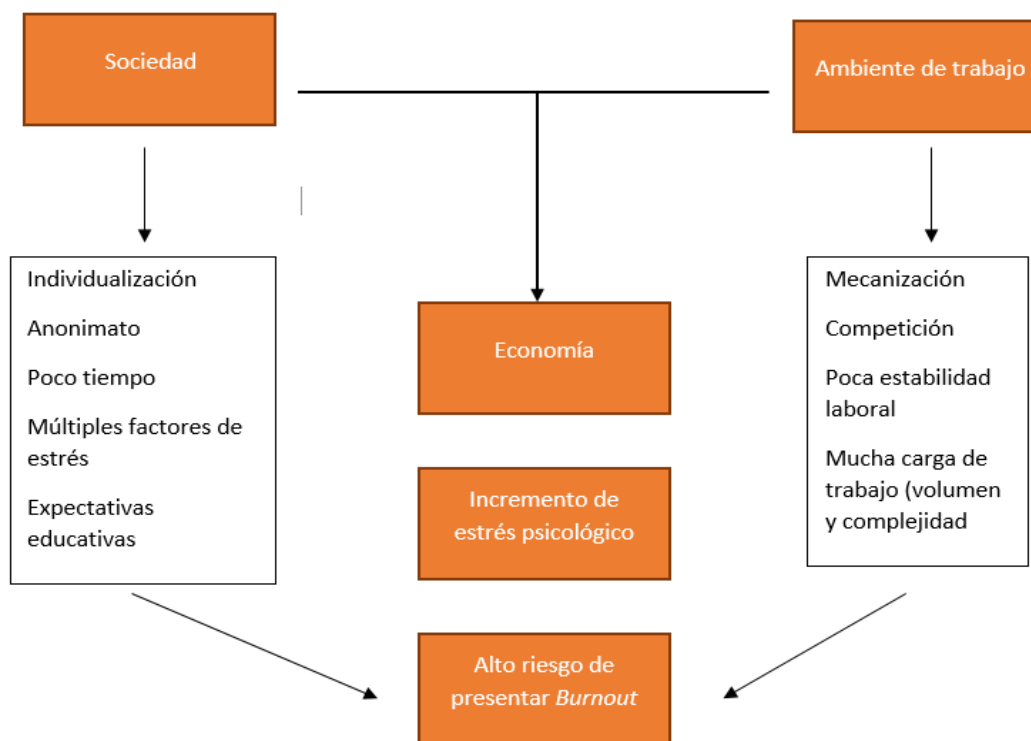
Una aproximación basada en el Maslach Burnout Inventory (MBI) lo describe como la fatiga, la despersonalización y la reducida satisfacción por el trabajo. La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) describe al *burnout* como el “estado total de fatiga”, también se plantean como factores de riesgo la rutina y expectativas negativas.

Debido a que el *burnout* tiene diversos efectos negativos en la población que está íntimamente relacionada con el sufrimiento ajeno y condiciones constantes de estrés y ansiedad como lo son los profesionales de la salud, y como consecuencia de su condición, se pueden tener diferentes alteraciones en la interacción con aquellos a quienes prestan sus servicios como, la negligencia, el maltrato o desestimación por las enfermedades de los pacientes.



## 2.2 Factores de riesgo del Burnout.

Weber y Jaekel (2000) preguntan: “¿Acaso el síndrome de *burnout* solo se debe a factores situacionales y conductuales?” si bien este síndrome se debe a la exposición prologada al estrés, existen también múltiples factores que deben de ser tomados en cuenta (ver figura 3).



**Figura 3.** *Burnout*, una interacción entre la sociedad y el ambiente de trabajo.

Fuente: Weber, A., & Jaekel, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies?. *Occup. Med.* 50 (7) 512-517.

El alto nivel de tensión en el trabajo puede resultar en la acumulación de estrés aunado a una baja tolerancia a este, en este contexto, puede ser llamado “estrés negativo”, y cuando éste comienza a hacerse crónico, puede tener efectos perjudiciales en la salud, no solo en cuanto a lo psicológico o las relaciones sociales, sino en cuanto a cambios hormonales, un permanente incremento de cortisol, perturbaciones en el control del hipotálamo, pituitaria y adrenalina.

Según Maslach y Leiter (2005, citado en Rodríguez, Zarco & González 2009), se tienen algunos factores contextuales que probabilizan la aparición de este síndrome:

- 1) Deseo de marcar una diferencia con los demás y de obtener resultados brillantes.
- 2) Trabajo muy comprometido con el dolor y el sufrimiento.
- 3) Relaciones negativas y antagonismos con los colegas.
- 4) Elevada auto exigencia.
- 5) Baja tolerancia al fracaso.
- 6) Necesidad de control.
- 7) Sentimiento de omnipotencia frente a una tarea.
- 8) Sentido de indispensabilidad “nadie puede hacerlo más que yo”

Para Díaz (2010), esta serie de factores son de gran importancia para el campo de la psicología de la salud, laboral y educativa, ya que puede ser fuente de futuros peligros reales ligados al rol que se desempeñe y que pueden acarrear diferentes problemas derivados de estos como una apatía a la calidad clínica, ansiedad, depresión, estrés, ausentismo, agresividad, y aumento en el consumo de sustancias como el café, alcohol, barbitúricos, alimentos y nicotina (tabaquismo) además de comprometer las relaciones familiares.

Weber y Jeakel (2000) describen el proceso de evolución del síndrome, el cual inicia con un exceso de carga laboral y estrés, que de no ser tratado oportunamente se corre el riesgo de presentar los síntomas anteriormente mencionados desencadenando en el desarrollo del *burnout*, problemas de salud, hasta suicidio (ver figura 4).

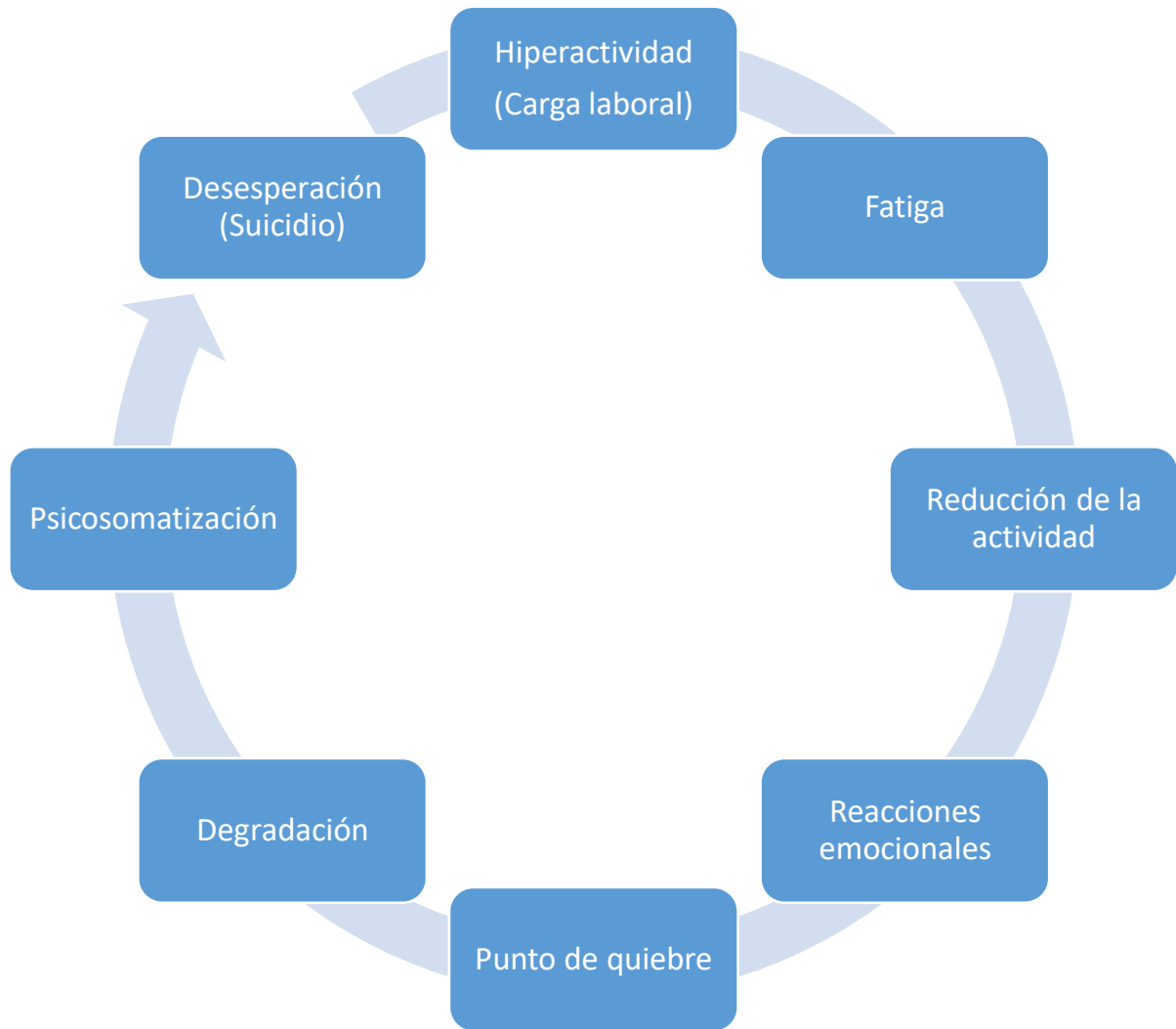


Figura 4. Evolución del Burnout

Fuente: Weber, A., & Jaekel, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies?. *Occup. Med.* 50 (7) 512-517.

## 2.3 Evaluación

Con el paso del tiempo la evaluación de este síndrome ha tomado diversos tintes con los cuales los investigadores han logrado diversas observaciones, incrementando el bagaje teórico para abordar este constructo.

Es preciso entender que cuando surge un constructo, las primeras evaluaciones parten de la observación directa y asistemática del fenómeno como lo hizo Freudenberg en la *Free Clinic*, lo que le permitió generar la definición de un concepto que le permitía explicar las manifestaciones anómalas en su área de trabajo (Moreno, Seminotti, Rodríguez, Garrosa & Morante 2005).

Debido a lo inespecíficos que pueden llegar a ser los síntomas, es necesaria una buena colaboración interdisciplinaria en el proceso de evaluación. En este sentido, deben tenerse expertos en el tema que puedan apoyar al proceso, también es importante que se tengan mediciones previas al estado de *burnout* (Weber & Jaekel, 2000).

Con el pasar del tiempo se han desarrollado diferentes métodos de evaluación que parten de las conceptualizaciones del constructo, un ejemplo es la *entrevista semiestructurada* de Forney, Wallace y Wiggers de 1982, la misma, no ha tenido réplica en el campo de la investigación debido a su poca practicidad; otro método de evaluación que no ha tenido gran auge son los *métodos proyectivos* desarrollados por Haack y Jones en 1983, este carece de objetividad y los criterios de afectación por *burnout* son poco operativos y carentes de generalización y estandarización, por lo que su uso es solo anecdótico.

A su vez, se han desarrollado una gran cantidad de escalas, cuestionarios, inventarios, etc., para evaluar el *burnout*, algunos de ellos se muestran en la tabla 1.

**Tabla 1.** Principales instrumentos para medir *burnout* según Quiceno y Vinaccia (2007).

<b>Pruebas</b>	<b>Autores</b>
Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse en el trabajo (CESQT)	Gil-Morante (2005).
Inventario de Burnout de psicólogos (MBP)	Benevides, Moreno, Garrosa y González (2002).
Cuestionario de desgaste profesional de enfermería (CDPE)	Moreno, Garrosa y González (2000).
Cuestionario de burnout profesorado rev., (CBP-R)	Moreno, Garrosa y González (2000).
Cuestionario de burnout del profesorado (CBP)	Moreno, Olivier y Aragoneses (1993).
Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Michael (1993).
Teacher Burnout Questionnaire	Hock (1988).
MBI- Educator Survey (MBI-ES)	Maslach, Jackson y Schwab (1986).
MBI- Human Services Survey (MBI-HSS)	Maslach y Jackson (1986).
Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)	Jones (1980).
Cuestionario Breve de Burnout (CBB)	Moreno, Bustos, Matallana y Miralles (1997).
Burnout Measure (BM)	Pines y Aronson (1988).

Fuente: Quiceno, J. M. & Vinaccia, S. (2007). Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2) 117-125.

El instrumento por excelencia para medir la implicación y grado de afectación por *burnout* es el MBI (Maslach Burnout Inventory) publicado por primera vez en 1981 por Maslach y Jackson, como resultado de una serie de entrevistas de casos previamente diagnosticados, este instrumento ha permitido el desarrollo de un sin número de

investigaciones, marcando una ruptura entre el periodo inicial de formulaciones y el desarrollo de líneas de investigación rigurosas y sistemáticas (Moreno, Seminotti, Rodríguez, Garrosa y Morante, 2005).

Quiceno y Vinaccia (2007), describen al MBI como un instrumento que entiende al *burnout* como *un síndrome de cansancio emocional, despersonalización, y reducción de la realización personal*, el instrumento consta de tres grandes factores que son:

1) Cansancio Emocional (CE):

- Decaimiento físico y psicológico.
- El trabajador siente que no puede dar más sí mismo a nivel afectivo.
- Sentimiento de desesperanza e indefensión.
- El trabajo pierde el atractivo, se vuelve tedioso y sin interés.

2) Despersonalización (DP):

- Falta de interés por el paciente, objetivación fría de sus problemas.
- Desarrollo de actitudes frías y despersonalizadas, visión deshumanizada del paciente.
- Culpabilización del estado de necesidad del paciente.

3) Falta de realización personal y profesional (RP):

- Creencia de que el trabajo no merece la pena.
- Pensamientos acerca de que la mejora personal e institucional no merece la pena intentarlas.
- Autoevaluación negativa de la realización del propio trabajo.

De este modo el *burnout* comienza cuando el trabajador se siente emocionalmente incapaz de seguir encontrando satisfacción en su trabajo, y su reacción es el alejarse de aquello que le genera malestar y desarrollando actitudes negativas con sus usuarios y compañeros de trabajo, por lo que experimentan un incumplimiento de expectativas laborales y con ello una falta de realización profesional.

## 2.4 Estrategias de intervención

Como ya se ha mencionado, el síndrome de *burnout* es muy complejo y puede resultar difícil de abordar dadas las múltiples variables implicadas en el proceso, la intervención que comúnmente se lleva a cabo es aquella centrada en la persona. Gascon, Olmedo y Ciccotelli (2003), plantean que regularmente se crean programas de entrenamiento para el manejo adecuado del estrés, ocupándose técnicas con el objetivo de generar cambios en la persona ya que se ha generalizado la idea de que los individuos se queman por distintos defectos en su carácter o conducta, por lo que se busca que el individuo cambie, sin embargo, el carácter psicosocial de este proceso es fundamental para entender el síndrome y planear una intervención adecuada, pues el medio social estructura el funcionamiento e interacción de los individuos en los contextos en los que se desarrollan.

Desafortunadamente este problema es tratado cuando repercute en los individuos notablemente, lo que genera a largo plazo complicaciones en el personal sanitario de las instituciones. Es preciso hablar de prevención ya que la intervención a demanda resulta más costosa y poco práctica a largo plazo, al contrario de la profilaxis, ya que en sí misma puede ayudar a reducir el número de casos emergentes, y con ello el propio tratamiento de intervención; en palabras de Guerrero y Rubio (2005) es necesario realizar modificaciones en torno a las estructuras disfuncionales de las instituciones y organizaciones, la comunicación, las habilidades de solución de problemas, el ambiente físico, los turnos y la repartición de tareas; ya que es muy ingenuo intentar realizar una intervención a un trabajador que padece un grado elevado de *burnout* y volverlo a introducir al mismo ambiente laboral.

Gascon, Olmedo y Ciccotelli (2003) mencionan que en torno a la prevención es importante distinguir entre factores de riesgo y los mecanismos mediante los cuales los factores de riesgo logran surtir un efecto en los individuos, es por ello que el identificar los diferentes factores de riesgo y los pre-casos clínicos es importante para poder hablar de prevención. Estos autores plantean como principales factores de riesgo:

- 1) Contenido del puesto: sobrecarga laboral, falta de definición en las tareas, escasa información sobre el desempeño, falta de oportunidad para aplicar las habilidades adquiridas durante su formación, entre otras.
- 2) Disfunciones en el desempeño de los roles: ambigüedad y conflicto en los roles de trabajo.
- 3) Clima laboral: estructura, responsabilidad, participación, normas, recompensas, entre otros.

Por lo tanto, realizar evaluaciones constantes y solicitar retroalimentación de los empleados sobre su empleo es importante para identificar aquellos factores de riesgo particulares de cada institución o empresa, así como los pre-casos clínicos para ser atendidos oportunamente.

Por otra parte, las estrategias que se abordan en la prevención de este síndrome parten del trabajo grupal para fomentar el apoyo social y la comunicación, esto es porque gracias a este tipo de apoyo las personas adquieren nueva información, habilidades (o mejoran las que ya poseen), obtienen reforzamiento social y retroalimentación sobre la ejecución de sus tareas, apoyo emocional y consejos; de forma similar se han implementado programas de “socialización anticipada” con lo que se busca prevenir una inserción inadecuada de un individuo a una comunidad laboral que pueda incrementar la probabilidad de aparición del síndrome. También suele realizarse un rediseño en la organización de las tareas para clarificar la toma de decisiones, y un mejor establecimiento de objetivos de los roles profesionales para lograr una mayor autonomía en los trabajadores, además de mejorar la comunicación interpersonal.

Para Weber y Jaekel (2000), se deben de tener en cuenta los niveles de prevención para realizar una adecuada intervención, de tal forma que se tiene lo siguiente:

- 1) Primaria: remover los factores que puedan promover el desarrollo de la condición.
- 2) Secundaria: Intervención al presentar condición.
- 3) Terciaria: Rehabilitación y mantenimiento.



Algunas medidas son:

Profilaxis (Terapia)

- Resistencia a la frustración
- Tolerancia al estrés
- Habilidades sociales
- Creación de grupos de acompañamiento

Por su parte, Guerrero y Rubio (2005) describen una serie de procedimientos para lograr una prevención a nivel individual en el *burnout*, proponen técnicas fisiológicas encaminadas a reducir los efectos de la activación fisiológica provocada por el estrés, en este apartado destacan técnicas de control de la respiración, relajación física y biofeedback; en cuanto a las técnicas conductuales encaminadas a que las personas desarrollen habilidades y competencias para que logren afrontar de forma más adecuada los problemas laborales, comúnmente se emplea el entrenamiento en habilidades sociales (EHS), asertividad, solución de problemas y autocontrol; también existen técnicas cognitivas cuyo objetivo es modificar la percepción e interpretación que tienen las personas de su entorno, así como la evaluación de los problemas laborales y los recursos con los que cuentan para solucionarles, la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, la inoculación del estrés, la reestructuración cognitiva, el control de pensamientos irracionales, la eliminación de actitudes disfuncionales y la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) son algunas de las técnicas empleadas para el trabajo a nivel cognitivo del capital humano.

Un ejemplo de lo anteriormente mencionado es la investigación realizada por Valdez (2009) cuyo objetivo fue detectar y disminuir la prevalencia del *burnout* en el personal del sistema penitenciario de Jalisco. Se aplicó el MBI (*Maslach Burnout Inventory*), un cuestionario de datos sociodemográficos, una escala de estrés laboral y una entrevista semiestructurada a una muestra de 1392 individuos (78% custodios y 22% administrativos) de 13 centros penitenciarios de Jalisco.

Tras la evaluación inicial se encontró que, de la muestra total, un 42% presentaba agotamiento emocional, un 36% despersonalización y un 42% falta de

realización profesional; se encontró que las principales causas de estrés son la falta de una autoridad inmediata, la multiplicidad de enfoques del ejercicio de la autoridad, enajenación del trabajo, falta de retroalimentación, falta de reconocimiento, falta de apoyo en el ejercicio de la autoridad, la toma de decisiones en los centros, falta de asertividad en las relaciones con la autoridad, sobresaturación del trabajo, falta de personal y una deficiente cultura de la sanción.

Una vez identificado lo anterior, se procedió a intervenir en dos niveles, a nivel individual se implementó un programa de terapia breve cognitivo conductual y asesoría psicológica, lo cual fue apoyado por la intervención a nivel grupal con la aplicación de tres talleres (“Identificando el Burnout y el Mobbing”, “Asertividad”, “Motivación y Estrés”) para el personal y dos (“Burnout”, “Habilidades de Comunicación”) para los directivos de las instituciones.

En una segunda aplicación del MBI se obtuvieron los siguientes resultados: la presencia de agotamiento emocional 23%, despersonalización 27% y falta de realización profesional 39%, concluyendo que existen una serie de factores que generan el burnout, y que es de carácter imperativo la aplicación de programas conductuales para el apoyo a las comunidades laborales con esta condición, sin embargo, la continuidad de las intervenciones es imprescindible ya que genera las condiciones para que este problema tenga los menores efectos posibles y/o no se vuelvan a presentar.

## 2.5 Investigaciones en el área

Como se mencionó antes el MBI es un instrumento frecuentemente usado, este ha apoyado muchas y muy variadas investigaciones; en la siguiente tabla se hace un breve recuento de algunas de ellas.

**Tabla 2.** Investigaciones donde se aplicó el MBI como para medir Burnout.

<b>Título</b>	<b>Año</b>	<b>Autores</b>	<b>País</b>
El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral	2004	Grau, J. B. Vallejo, R. de D. Agulló, E.	España
Factores de riesgo organizacionales asociados al síndrome de burnout en médicos anestesiólogos	2005	Palmer, Y. Cabrera, C. Prince, R. Searcy, R.	México
Síndrome de burnout asociado a obesidad y trabajo en el área administrativa de una empresa metalmeccánica	2007	Rincón, R. Oropeza, B. Sorelys, A.	España
Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)"	2007	Quiceno, M. Vinaccia, S.	Colombia
Síndrome de burnout y satisfacción laboral en docentes de una institución de educación superior, Medellín	2008	Rojas, M. L. Zapata, J. A. Grisales, H	Colombia
Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) (burnout) en maestros mexicanos	2008	Rojas, S. U. Sandoval, J. I. Gil-Monte, P.R.	México
Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI)	2009	Olivares, V. E. Gill-Monte, P.R.	Chile
Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en docentes universitarios	2009	Barbosa, L. C. Muñoz, M. L. Rueda, P. X. Suárez, K. G.	Colombia
El Burnout del Profesorado Universitario y las Intenciones de Abandono: Un Estudio Multi-Muestra	2009	Moreno, B. Garrosa, E. Rodríguez, E.	España
Estrés, Agotamiento Profesional (burnout) y Salud en Profesores de Acuerdo a su Tipo de Contrato	2009	Arias, F. Gonzales, M. E.	México
Diagnóstico y programa de intervención para el síndrome de burnout en profesores de educación primaria de distritos de Huaraz e Independencia	2009	Yslado, R. Núñez, LI. Norabuena, R.	Perú

Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz	2010	Roth, E. Pinto, B.	México
Relación entre el clima organizacional y el síndrome de burnout en empleados de una firma de vigilancia en una empresa carbonera de la Guajira	2010	Moreno, A. M. Hidalgo, M. C.	Colombia
Síndrome de Burnout entre hombres y mujeres medido por el clima y la satisfacción laboral	2011	Ramírez, M. Lee, S. L.	Chile
Burnout syndrome in professors from an academic unit of a Colombian university	2011	Rojas, M. L. Grisales, H	Colombia
Factores psicosociales laborales y síndrome de burnout en profesores de preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México	2012	Aldrete, M. G. Vázquez, L. N. Aranda, C. Contreras, M. I. Oramas, A.	México
El Síndrome de Burnout en Profesores Universitarios de los Sectores Público y Privado	2012	Correa, Z.	Colombia
Burnout en profesores de primaria y su desempeño laboral	2012	Rionda, A. Mares, M. G.	México
El síndrome de burnout en las medianas empresas hidalguenses.	2012	Hernández, T.J. Sánchez, G. Hernández, J.F. Avenidaño, V.	México
Niveles de estrés y síndrome de burnout en contadores públicos colombianos	2012	Loaiza, E. Peña, A. E.	Venezuela
Síndrome de burnout en conductores de transporte público de la ciudad de Arequipa	2013	Arias, W. L. Mendoza, L. Masías, M. A.	Perú
Factores psicosociales y síndrome de <i>burnout</i> en trabajadores de la industria de la transformación de la masa	2013	Aranda, C. López, J. L. Barraza, J. H.	México
Prevalencia del síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros (as) profesionales del Hospital Nacional de Niños	2013	Arias, P. Castro, M.	Costa Rica
Docencia, investigación y burnout: el síndrome del quemado en profesores universitarios de Contabilidad	2013	Arquero, J. L. Donoso, J. A.	España
Síndrome de burnout en docentes de Educación Básica Regular de Arequipa	2013	Arias, W. L. Jiménez, N. A.	Perú
Síndromes organizacionales: mobbing y burnout	2014	Letelier, G. Navarrete, E. Farfán, C.	México

Autoestima y síndrome de burnout en el personal de una empresa de autoservicio	2014	Reyes, L del C.	Perú
Relación entre personalidad tipo A y síndrome de burnout en trabajadores de mando operario de una empresa privada de Lima	2015	Panizo, D, M.	Perú
Estado del arte y relevancia del síndrome burnout con enfoque en las pequeñas y medianas empresas de CD. Juárez Chihuahua	2015	Altamirano, N.L. Ramírez, F. R. Márquez, B. L.	México

Como se pudo observar en el cuadro anterior existen muchas investigaciones realizadas con el MBI; por la temática del presente trabajo a continuación se revisarán algunas aplicadas en ámbitos y muestras similares, un ejemplo fue la investigación realizada por Pereda, Márquez, Hoyos y Yáñez (2009), la cual tuvo la finalidad de indagar la presencia de este síndrome entre el personal médico y paramédico que laboraba en un hospital de seguridad social mexicana, donde a 146 profesionales de la salud (médicos, enfermeras y asistentes), se les aplicaron dos instrumentos, uno diseñado *ad hoc* para recabar datos sociodemográficos y el MBI. Se encontró que el personal médico tenía una prevalencia del síndrome del 19% mientras que el personal de enfermería no lo presentó, sin embargo, en lo referente a las asistentes médicas, obtuvieron altas puntuaciones en las escalas de despersonalización y cansancio emocional, en el mismo sentido, se encontró que las variables sociodemográficas de riesgo para presentar el síndrome son las siguientes: la despersonalización está asociada con la edad y la antigüedad laboral, mientras que la falta de realización profesional con la edad y la antigüedad en el puesto. Se concluyó que son las asistentes médicas las más afectadas por el síndrome, al ser el primer filtro y contacto con el paciente.

Otra investigación relacionada es la de Castillo, Orozco y Alvis, (2015), quienes intentaron determinar la prevalencia del síndrome de *burnout* y los factores asociados en los médicos de una institución privada de salud en Colombia, donde participaron 112. En este estudio se tomaron las puntuaciones máximas de cada escala y se compararon con el promedio obtenido por los participantes, observándose que en la escala de agotamiento emocional se encontró un promedio de 20 y una máxima de 54,

en despersonalización 9 de 30 y en realización personal 19.3 de 48, las variables sociodemográficas asociadas al síndrome fueron: el sexo de los participantes, siendo el más alto en el sexo femenino, también que el agotamiento emocional tiene una mayor prevalencia en médicos solo con pregrado en comparación con los que tienen posgrado, en relación a la antigüedad, aquellos con menos antigüedad laboral padecen un mayor nivel de burnout. Se concluyó que esta población la prevalencia puede considerarse baja con doce por ciento del total de participantes.

Por su parte, los investigadores Martín, Hernández, Arnillas y García (2009), realizaron una investigación con el objetivo de valorar el nivel de *burnout*, así como estudiar las variables sociodemográficas y laborales que influyen en el síndrome, para ello se tomaron 55 participantes, de los servicios de urgencias, psiquiatría y UIC. Estos investigadores presentan los resultados en términos de las medias obtenidas por los participantes y su comparación con la escala total, así se ubica que en la escala de *cansancio emocional (CE)* se obtuvo una puntuación de  $21.9 \pm 9,93$  con un rango de 0-40; en la escala *despersonalización (Dp)*  $9.09 \pm 5,84$  en un rango de 0-26; mientras que en la escala de *realización profesional (RP)* se observó una media de  $38.61 \pm 6.29$  acorde al rango de 26-48; estos autores refieren que los puntos de corte para considerar la presencia de *burnout* son  $CE > 40$ ,  $Dp > 22$ ,  $RP < 12$ , por lo que se puede afirmar que en esa muestra no hay presencia del síndrome; también se afirma que la realización profesional es mayor en hombres, el CE y Dp es mayor en aquellos que consideran su trabajo peor de lo que esperaban, mientras que la RP es mayor en aquellos que se sienten apoyados.

En otro estudio realizado por Álvarez, Arce, Barrios y Sánchez (2005), con el objetivo de conocer la presencia del síndrome en médicos de hospitales de la ciudad de Corrientes, se trabajó con 80 médicos. Se encontró que el área de cansancio emocional del síndrome afectaba en mayor grado al género femenino, que la población más afectada fue aquella con un rango de edad de 25 a 34 años, y que aquellos que no mantenían una relación conyugal estable, tenían niveles más altos en el área de la despersonalización; finalmente, aquellos que referían tener menos de 10 años de antigüedad laboral presentaron un mayor grado de presencia del síndrome (46%). Se

concluye que existe una alta prevalencia del síndrome, y que aquellas poblaciones que lo padecen, son las que tienen menor antigüedad laboral y edad.

Otro ejemplo de investigación en esta área es el estudio de Balcázar, Montejo y Ramírez (2015) quienes, intentaron determinar la prevalencia del síndrome de burnout en médicos residentes de un hospital de especialidades, para ello se trabajó con 72 médicos. Los investigadores refieren que la mayoría los encuestados presentaron niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización y realización profesional, siendo la primera área la más afectada. Además se analizaron las diferencias entre aquellos médicos que se dedicaban a especialidades quirúrgicas y clínicas, pero no se encontraron diferencias significativas.

Otra aplicación de este instrumento en población mexicana lo presenta Aranda (2006), quien con el objetivo de identificar las diferencias entre el ser hombre o ser mujer con síndrome de burnout y sus repercusiones en la salud en los médicos familiares de dos instituciones de salud (IMSS e ISSSTE) en Guadalajara, México. Se tomaron 154 personas de estas instituciones, a los cuales se les aplicó el MBI y un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales. Los datos indican que la prevalencia del síndrome corresponde al 41.8% de la muestra, de los cuales el 14.17% fueron del género femenino y 27.52 del masculino, sin embargo, se encontró que las mujeres son quienes presentan mayores puntajes en la escala de *cansancio emocional* y este se encuentra fuertemente asociado a fatiga física y mental, por otra parte, se estableció que la antigüedad en la institución, el turno y la carga horaria, se relacionan con enfermedades cardiovasculares y metabólicas en el género masculino.

Por su parte, Dickinson, González, Fernández, Palomeque, González y Hernández (2007), llevaron a cabo una investigación con el objetivo de determinar la frecuencia y distribución del *burnout* en médicos de primer nivel de atención y su asociación con el rol de género. Para llevar a cabo dicho estudio se encuestaron 431 médicos de 18 unidades médicas de dos instituciones de seguridad social a los que se les aplicaron una serie de cuestionarios diseñados *ad hoc* que recaban datos sociodemográficos, académicos, ocupacionales y el MBI. Se encontró una prevalencia del síndrome correspondiente al 12.8% de los casos registrados, se encontró que el

género femenino tuvo una relación significativa con altos índices de cansancio emocional, mientras que el masculino se relacionó con niveles altos de despersonalización; también el hecho de contar con una persona que apoye y aporte sugerencias se consideró un factor protector, mientras que llevar el trabajo a casa se consideró un factor de riesgo. Se concluye que el género más afectado por el síndrome, es el femenino debido a causas relacionadas con el rol que se le ha asignado a la mujer culturalmente, y por ello las diferencias encontradas entre las escalas de cansancio emocional y despersonalización, son significativas.

Pistelli, Perochena, Moscoloni y Tarrés (2011), exploraron la satisfacción laboral y el desgaste en médicos y residentes, además de evaluar posibles factores asociados. Participaron 120 profesionales del hospital de niños Víctor J. Vilela de Rosario (39 residentes y 68 médicos). Se encontraron correlaciones significativas entre la edad y las áreas de despersonalización y realización profesional, donde a mayor edad menor grado de despersonalización y mayor grado de realización profesional; también se señaló que no se encontró relación entre las escalas del instrumento con las variables género y estado civil. Se concluye que los índices encontrados de despersonalización y cansancio emocional son altos, similares a los resultados de otros estudios realizados en pediatras, mientras que la realización profesional se encuentra en un grado medio, lo cual puede atribuirse a que los profesionales consideran satisfactorio su trabajo a pesar que las disposiciones institucionales generen un elevado grado de agotamiento. Tampoco se encontraron diferencias entre las especialidades, lo que puede indicar que en las áreas de mayor estrés como trasplantes o cuidados intensivos, el personal ha logrado una mayor adaptación al estrés.

Ballinas, Alarcón y Balseiro (2009), presentan una investigación con el fin de identificar la presencia del síndrome de *burnout* en enfermeras que laboran en áreas críticas y no críticas en hospitales del Centro Médico La Raza. Participaron 278 enfermeras de las cuales 127 laboraban en zonas no críticas (hemodiálisis, oncología, recuperación pediátrica, hospitalización de adultos y hematología) y 151 en zonas críticas (urgencias, cuidados coronarios, terapia intensiva pediátrica y adultos) del hospital. Los resultados no mostraron diferencias significativas entre las enfermeras de las áreas críticas, se encontraron niveles más altos del síndrome en aquellas que



laboraban en zonas consideradas “no críticas”; particularmente en el área de ginecología, mientras que en el área de infectología se presentó en menor grado; finalmente las enfermeras refirieron que aquellas cuestiones que les generaban más estrés fueron:

- 1) Falta de recursos para trabajar
- 2) Falta de reconocimiento para el trabajo de enfermería
- 3) Relaciones conflictivas en el equipo de trabajo
- 4) Gravedad de los pacientes

Los investigadores concluyeron que los resultados pueden deberse a que el personal que labora en áreas críticas donde el estrés es constante, suele acostumbrarse al mismo, además que cuentan con el material y tecnología necesaria para atender a los pacientes de forma adecuada, por lo que si se llega a generar agotamiento en el personal también se desarrolla un alto grado de satisfacción, situación que no se genera en las áreas no críticas.

En el siguiente apartado se describirá otro de los conceptos fundamentales para el presente trabajo, revisando el concepto, los tipos, evaluación e intervención en el afrontamiento.

## 3 AFRONTAMIENTO

### 3.1 Desarrollo del concepto de afrontamiento

El afrontamiento es un término que comienza a utilizarse a partir de los años ochenta del pasado siglo que generalmente es acompañado de investigaciones relacionadas con el estrés (Escribá & Bernabé 2002, en Valadez, Bravo & Vaquero, 2012).

Afrontamiento es la traducción del término anglosajón *coping* que corresponde a la acción de “hacer frente a” ya sea un enemigo, un acontecimiento o una responsabilidad, sin embargo, no existe consenso pleno en su definición, ya que hay dilucidaciones que van desde lo puramente biológico hasta lo psicosocial.

Las primeras aproximaciones al concepto en muchos casos fueron dadas de forma intuitiva a través del sentido común, dando por sentado que hablar de afrontamiento implica la forma que las personas se adaptan a situaciones estresantes (Rodríguez 2001, en Valadez, Bravo, Vaquero, 2012).

Es por ello, que es preciso definir al estrés para tener una idea más amplia del afrontamiento. Cuando se habla de estrés se conciben 4 grandes grupos de ideas, unos lo definen como una respuesta, otros como un estímulo, algunos como percepción y finalmente aquellos que lo entienden como una constante interacción del individuo con su entorno.

En estos términos Cox et al. (1978, en Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés & Fernández 2003) describió estas ideas sobre el estrés de la siguiente forma:

- Como estímulo: Una fuerza externa que tiene el poder de tensionar al organismo, como situaciones inesperadas, amenazantes, cambiantes o nuevas.
- Como respuesta: Efecto del organismo a nivel fisiológico y/o psicológico ante una situación.

- Como percepción: Resultado de la interpretación del individuo de los estímulos externos o cogniciones que tendrán un resultado en la experiencia del estrés.
- Como interacción: A partir de la divergencia que existe entre el individuo y su relación con el entorno, esto es que, en primer lugar el individuo después de haber realizado la evaluación de la situación se percibe como carente de las habilidades suficientes para dar respuesta a la demanda del entorno, y en segundo lugar cuando el sujeto percibe que esta respuesta va en contra de sus propios deseos.

Es entonces que a partir de esto puede intuirse que el afrontamiento consiste en la forma que las personas hacen frente al estrés, sin embargo, existen muchos teóricos que han propuesto definiciones más puntuales de éste término.

Por ejemplo, Mykletun (1988, en Guerrero & Vicente 2001), lo define como los esfuerzos intrapsíquicos y de acción para dirigir las demandas ambientales e internas y los conflictos que sobrecargan o exceden los recursos de la persona.

Guerrero y Vicente (2001), mencionan que el afrontamiento es desarrollado en diferentes fases:

- 1) Evaluación automática: dependiendo de la naturaleza del estímulo (amenazante, novedoso, inesperado, etc.) se evalúa la situación en términos de si es o no amenazante para el organismo, tras lo cual se activan y cambian una serie de procesos fisiológicos como la conductancia de la piel, el ritmo cardiaco o la constricción de la arteria temporal externa.
- 2) Evaluación primaria: se centra en las demandas de la situación (si es un suceso positivo o no), mediante este proceso la persona puede llegar a cambiar su forma de actuar en función de la valoración. Este ya es un procesamiento controlado de la información proveniente del estímulo.
- 3) Evaluación secundaria: tiene como objeto la valoración del propio sujeto en cuanto a su capacidad y recursos personales para afrontar la situación que acaba de evaluar
- 4) Selección de respuesta (afrontamiento): Acorde a las valoraciones realizadas por el individuo, éste toma una decisión y actúa.

Lazarus y Folkman (1978, en Guerrero & Vicente 2001) distinguen dos tipos principales de afrontamiento.

- a) Solución de Problemas: tiene como finalidad alterar el problema que está causándolo o incrementar los recursos para hacerle frente, esto es cambiar la relación “ambiente-persona” actuando sobre el ambiente o sobre sí mismo para alterar la fuente estresora.
- b) Regulación emocional: tienen como objetivo la disminución del efecto emocional que causan las situaciones estresoras, como el desahogo, esto es cambiar el modo en que se asimila lo que está ocurriendo, se emplean regularmente cuando el sujeto se percibe como incapaz de solucionar el problema, esto es cambiar el modo en que se asimila lo que está ocurriendo.

Existen otros modelos de afrontamiento como el propuesto por Ivancevich y Matteson (1987, en Guerrero & Vicente 2001), el cual propone que el afrontamiento procede de 6 elementos fundamentales:

- 1) Estresores: Aquellos factores desencadenantes del estrés, que pueden ser internos o externos a la organización.
  - a. Intrínsecos al puesto de trabajo: Conflictos, sobre carga de trabajo, falta de control, etc.
  - b. Sistemas de recompensas: Falta de retroalimentación, salarios etc.
  - c. Gestión de recursos humanos: Falta de promoción y de formación.
  - d. Relaciones interpersonales: Relaciones pobres, falta de liderazgo, etc.
  - e. Factores Estructurales: Rigidez estructural, política de decisiones, etc.
- 2) Percepción del estrés: Resultado de la evaluación cognitiva del estresor.
- 3) Resultados del estrés: Efectos inmediatos del estrés que tienden a ser pasajeros.
  - a. Psicológicos: Insatisfacción, irritabilidad, apatía, desanimo.
  - b. Conductuales: Agresividad, irritabilidad, disminución de la atención.
  - c. Fisiológicas: Alteraciones en la frecuencia cardiaca, decremento en la función del sistema inmunológico.
- 4) Consecuencias del estrés: Efectos a largo plazo que pueden causar daños a la salud (úlceras, cardiopatías, depresión, etc.), a las relaciones interpersonales

(aislamiento, separaciones, etc.) y al rendimiento en el trabajo (absentismo laboral, retardos, mala praxis, etc.).

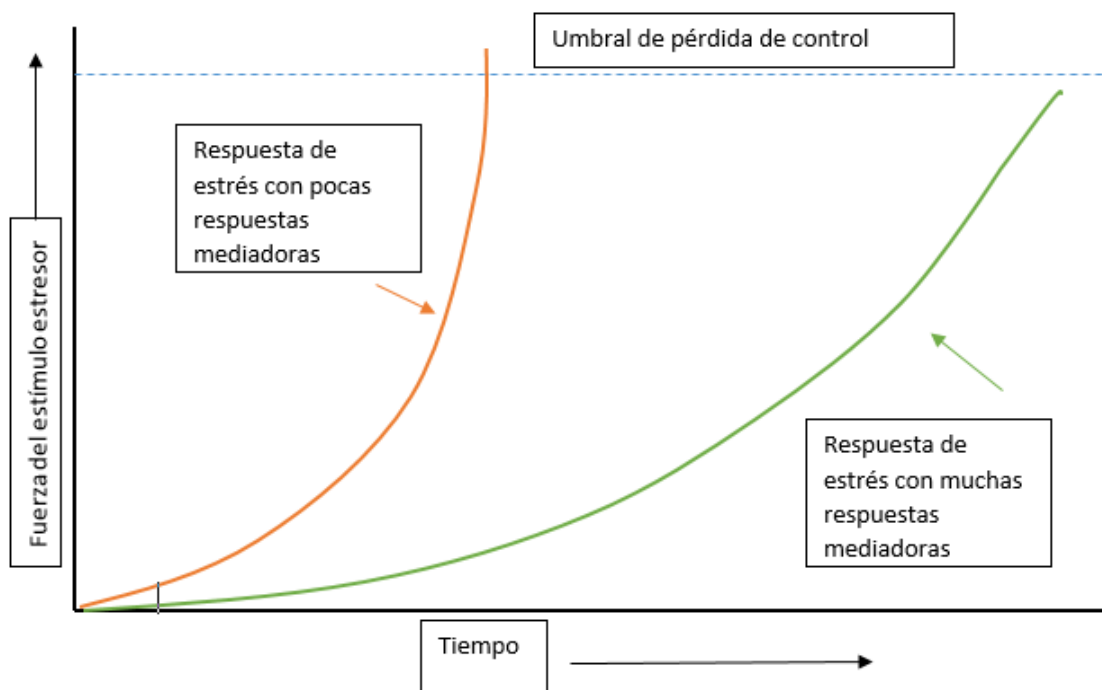
- 5) Estrategias de afrontamiento: técnicas individuales para controlar la experiencia del estrés.
- 6) Diferencias individuales: Características propias de los sujetos que harán única la experiencia del estrés, resultados y consecuencias.
  - a. Sociodemográficas.
  - b. Genéticas.
  - c. Personalidad (estilo conductual).

Por su parte, Manassero Vázquez, Ferrer, Fornés y Fernández (2003), refieren que el afrontamiento tiene dos objetivos fundamentales, el primero de ellos corresponde al intento de reducir o eliminar la situación estresante, y el segundo a incidir sobre los pensamientos, emociones y reacciones psicósomáticas del estrés para reducir su efecto.

Labrador (1996 en Guerrero & Vicente 2001), refiere que es el propio individuo quien interpreta la situación concreta, y dependiendo de la evaluación realizada determinará si provoca o no estrés, esto implica que dependiendo del repertorio conductual en torno a las habilidades para hacer frente al estrés jugarán un papel de vital importancia en la relación con el ambiente, por lo tanto, el aprendizaje a edades tempranas, es muy importante para el desarrollo posterior de las personas en su entorno social.

Meinchembaum (1987), ejemplifica gráficamente la influencia que tienen las variables orgánicas como respuestas internas ante situaciones estresantes para los

organismos (ver figura 5).



**Figura 5.** Comparación de la respuesta de estrés con respuestas mediadoras y sin respuestas mediadoras

Nota: Tomado de Meichenbaum, D., Jaremko, M. E., (1987). Prevención y reducción del estrés. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Finalmente, el modelo de afrontamiento bajo el que se lleva a cabo esta investigación es el de Lazarus y Folkman (1985, en Acosta, Chaparro & Rey 2008), quienes lo definen como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (164).

Los puntos fundamentales que componen esta definición son los siguientes:

1. El afrontamiento es un proceso, implica un cambio conductual ante cada situación.

2. El afrontamiento se define por el esfuerzo realizado, independientemente del resultado, las acciones llevadas a cabo con la finalidad de disminuir el efecto del evento estresor.
3. Es un proceso multidimensional, ya que existen un sinnúmero de estrategias que las personas pueden utilizar para salir adelante en dichas situaciones.

Esto significa que el afrontamiento es la forma en que los individuos hacen frente a las situaciones que pueden llegar a experimentar en su día a día, y la forma en que cada uno de los individuos responda a su medio estará permeada por todo un sistema de valores, creencias y metas que los individuos hayan aprendido con el paso del tiempo.

### 3.2 Estrategias de Afrontamiento

Guerrero y Vicente (2001) indican que “las creencias” personales influyen en las formas o estilos de afrontamiento particular, para ello hablan sobre el “*locus de control*”, la creencia de que los eventos en la vida son controlados por los individuos (*locus interno*) o por causas ajenas a este (*locus externo*), esto es que una persona con mayor *locus* interno genera una mayor actividad para asumir y tomar decisiones que aquel individuo con un *locus* externo, por lo que el percibir control en la situación influye positivamente en la experiencia del afrontamiento. En el caso contrario, aquellos que consideran que los eventos en la vida diaria son causa de factores externos tienen una mayor posibilidad de desarrollar *burnout*, insatisfacción laboral y estrés ya que no tienden a actuar o “poner manos a la obra” frente al estrés.

Sandín (1995, en Guerrero & Vicente 2001) ha descrito ocho formas de afrontar los problemas de estrés, los cuales se derivan directamente del cuestionario Ways of Coping (WOC) de Lazarus y Folkman en 1988; las cuales se muestran en la tabla 3.



**Tabla 3.** Tipos de afrontamiento al estrés según Sandín (1995 en Guerrero & Vicente 2001).

<b>Dimensión</b>	<b>Descripción</b>
<b>Confrontación</b>	Acciones directas dirigidas a la situación
<b>Distanciamiento</b>	Tratar de olvidar el problema, negarse a tomarlo en serio.
<b>Autocontrol</b>	Guardar los problemas para uno mismo, procurar no precipitarse
<b>Búsqueda de Apoyo Social</b>	Pedir consejo o ayuda a un amigo, hablar con persona que puedan hacer algo.
<b>Aceptación de la responsabilidad</b>	Disculparse, criticarse a sí mismo, reconocerse causante del problema.
<b>Escape - Evitación</b>	Esperar a que ocurra un milagro, evitar el contacto con la gente, consumir drogas o alcohol
<b>Planificación de solución de problemas</b>	Establecer un plan de acción y seguirlo, cambiar algo para que las cosas mejoren
<b>Reevaluación Positiva</b>	La experiencia enseña, hay gente buena, cambié y maduré como persona

Nota: Tomado de Guerrero, E., Vicente, F., (2001). Síndrome de *burnout* o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado. España: Cáceres.

Otros factores intervinientes en el afrontamiento, son los recursos materiales de los que se puede echar mano (bienes, servicios, dinero) ya que aumentan de forma importante las opciones de afrontamiento de la mayoría de las situaciones, esto es un factor poco tomado en cuenta al momento de referir este tema, pero se ha demostrado a través de diferentes investigaciones que existe una relación entre el estatus económico, el estrés y la adaptación (Antonovsky, 1979, en Guerrero y Vicente 2001).

Por otra parte, Cohen y Lazarus (1983, en Guerrero y Vicente 2001), diferencian 5 categorías de afrontamiento.

- 1) Búsqueda de información para comprender mejor la situación
- 2) Acciones directas (responder a la situación)
- 3) Inhibición de la acción, no actuar esperando reducir los efectos de la situación
- 4) Reevaluar la situación
- 5) Buscar apoyo.

Cuando Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés y Fernández (2003) describen las diferentes estrategias de afrontamiento, lo primero que señalan es que cualquier persona tiene la posibilidad de aprender y practicarlas (las cuales pudieran entrenarse a través de un psicoterapeuta), sin embargo, las estrategias efectuadas y sus efectos, dependerán de cada cual. Después, distinguen las diferentes teorías del afrontamiento, como la aproximación del psicoanálisis que refiere que el afrontamiento es una estrategia para adaptarse a determinada situación, pero que sin embargo no toma en consideración la negación o la evitación como posibilidades.

Ahora bien, Dunham (1990, en Manassero, Vázquez, Ferrer, Fornés y Fernández 2003), agrupa las distintas estrategias en 3 rubros:

- Personales: como fruto del propio trabajo como la planeación del trabajo, la organización del tiempo y el establecimiento de prioridades, actitudes positivas y actividades recreativas (regularmente sin compañeros del trabajo), esto es que el individuo es responsable de que las situaciones estresantes no lleguen a tener un gran peso o efecto en él.
- Interpersonales: comprenden todo tipo de actividades de apoyo social y de relación fuera del ambiente laboral, esto es un aliciente emocional a las situaciones estresantes en el entorno laboral, las cuales no se limitan a “buscar ayuda” sino a también buscar consuelo en amigos familiares y la pareja.
- Organizacionales: Se refieren al apoyo que se puede tener por parte de la institución u organización en la que se labora como pláticas con veteranos, cursos de formación, talleres, etc.

Como se ha revisado, existen diversas estrategias de afrontamiento que son usadas por las personas para hacer frente a diferentes situaciones a lo largo de su vida, sin embargo, estos ejemplos en su mayoría son de naturaleza espontánea, es decir que son transitorios y variables, ahora bien, existen también algunos momentos en la vida de las personas en que situaciones difíciles y estresantes pueden llegar a ser permanentes, como lo serían las “*enfermedades crónicas*” que no solo afectan a los individuos que las padecen sino al núcleo familiar cercano.

Galán y Camacho (2012), afirman que las estrategias de afrontamiento operan particularmente para disminuir el efecto estresante relacionado con la amenaza, y cuanto más lo reducen puede hablarse de un afrontamiento más efectivo; también añaden que la forma en que se hace frente a estos episodios tiene un mayor efecto en el funcionamiento psicosocial que la frecuencia misma de episodios de estrés, esto es que un afrontamiento eficaz puede hacer que las personas tengan un mejor funcionamiento social aun a pesar del número de episodios de estrés.

Sin embargo, para Buendía y Mira (1993) distinguir entre estrategias de afrontamiento eficaces e ineficaces, es una tarea difícil ya que no puede tomarse la solución del problema como criterio de eficacia, debido a que existen eventos estresantes que no tienen solución (como el diagnóstico de una enfermedad crónica), o el efecto del afrontamiento como positivo (ya que en ocasiones esto puede tener un perjuicio para la persona a pesar de que el problema sea solucionado). Esto conlleva a considerar el efecto que tendrían las consecuencias de la relación “Estrés-Afrontamiento”, donde el efecto protector jugará un papel importante haciendo que el individuo mediante sus recursos decremente el efecto perjudicial del estrés.

Finalmente Galán y Camacho (2012), afirman que en los procesos de enfermedad, la conducta de afrontamiento de los padres es un modelo para los niños, desafortunadamente, los principales tipos de afrontamiento que presentan son el aislamiento, el interés excesivo en las técnicas médicas, y la negación, traducida como una estimación optimista del pronóstico médico, situación que no se cumple en la totalidad de los casos.

A continuación se reproduce una tabla que contiene las principales estrategias de afrontamiento usadas por pacientes de enfermedades crónicas según estos autores.

**Tabla 4.** Estrategias de afrontamiento y ajuste relacionadas con enfermedades crónicas o terminales según Galán y Camacho (2012).

<b>Afrontamiento</b>	<b>Descripción</b>
<b>Optimismo</b>	Refleja una forma de ver el mundo como benigno y confortable, en general con expectativas favorables sobre los resultados. Se relaciona con el control percibido, la autoeficacia y los resultados positivos en la salud.
<b>Percepción de falta de control y de desamparo</b>	Investigaciones clínicas consistentes han demostrado que la percepción de falta de control sobre los eventos importantes y la consecuencia emocional de desamparo son estresores cuyo resultado es reducir la motivación y provocar distres emocional como ansiedad y depresión. Se relaciona con resultados negativos en la salud.
<b>Catastrofización</b>	Se relaciona con el desamparo aprendido y la desesperanza, la catastrofización se define como el uso excesivo y exagerado de auto enunciados negativos cuando se enfrentan eventos como las enfermedades crónicas. Se ha vinculado con elevados niveles de distrés psicosocial y disfunción. Pobre funcionamiento físico y discapacidad, frecuentes reportes de dolor que interfieren con las actividades cotidianas y disminución en los niveles de actividad en general.
<b>Fortalecimiento</b>	Se refiere a la creencia de que la persona tiene el control sobre lo que le está pasando, hay un fuerte sentido de compromiso y propósitos para alcanzar una meta, así como un “brío” por los retos.
<b>Autoenunciados de afrontamiento</b>	Numerosos estudios han encontrado que los autoenunciados positivos se enlazan a un

<b>positivo</b>	funcionamiento más adaptativo ante la adversidad. Muchas técnicas <i>cognitivo-conductuales</i> incluyen el entrenamiento en autoenunciados positivos como un componente integral de la estrategia de tratamiento
<b>Rezar / Fe</b>	Muchos individuos utilizan la oración como un método para ayudarse a sobreponerse ante problemas de la salud y su sufrimiento, o para obtener respuestas positivas como “Tengo fe de que mi doctor me curará”. Desafortunadamente esta estrategia de afrontamiento no ha demostrado ser muy adaptativa para ayudar a ajustarse a las enfermedades crónicas.
<b>Distracción / Atención dispersa</b>	La habilidad para poder realizar actividades de distracción permite que los individuos tengan menos tiempo para catastrofizar aspectos de la enfermedad crónica. Esta estrategia genera un humor positivo y aumenta la posibilidad de interactuar con otros por lo que hay también la oportunidad de adquirir los efectos positivos del apoyo social.

Nota: Tomado de Galán, S. & Camacho, E. J. (2012). Estrés y Salud. Investigación básica y aplicada. Manual Moderno: México.

Como se ha visto, diferentes autores a lo largo de la historia han intentado dar una definición de afrontamiento así como los tipos que existen, para la presente investigación se tomara la definición de afrontamiento dada por Lazarus y Folkman (1985, en Acosta, Chaparro y Rey 2008), y se retomaran los tipos de afrontamiento propuestos por Sandín y Chorot (2003) los cuales son:

- Afrontamiento Racional
  - Focalizado en la solución del problema: intentar analizar las causas del problema para intentar solucionarlo.

- Búsqueda de apoyo social: solicitar consejo a personas con más experiencia para solucionar las situaciones estresantes.
- Reevaluación positiva: pensar que las cosas podrían ser peores e intentar obtener algo positivo de las situaciones.
- Afrontamiento Emocional
  - Auto-focalización negativa: sentimiento de indefensión y autculpa respecto al problema.
  - Expresión emocional: abierta descarga emocional dirigida de forma agresiva a las personas que le rodean.
  - Evitación: intentar olvidarse del problema e intentar refugiarse en otras actividades.
  - Religión: solicitar ayuda espiritual y confiar que alguna deidad solucione el problema.

A lo largo de este punto se ha puesto en evidencia el efecto negativo que puede llegar a tener el estrés ocasionado por diversas situaciones sobre las personas, y el importante papel que juegan las diversas estrategias de afrontamiento como mediador del efecto del estrés. Es entonces que algunos investigadores se han puesto la tarea de identificar estas estrategias a partir de diversos métodos, desde la típica entrevista hasta instrumentos psicométricos estandarizados que llegan a facilitar ese trabajo en gran medida y es el tema que se abordará a continuación.

### 3.3 Evaluación e Intervención

Existen muchas formas de evaluar el afrontamiento de las personas, y gran parte de esta actividad está ligada a la forma en que el afrontamiento es entendido por los diferentes autores.

Algunos de los esfuerzos por medir el afrontamiento apelan al autoregistro, el cual requiere entrenamiento previo al paciente, Stone y Neal (1984, citado en Guerrero y Vicente 2001) desarrollaron una medida donde se plantean ocho estrategias de afrontamiento, donde ambos, terapeuta y usuario deben describir detalladamente la situación.

La observación directa mediante *rol playing*, imaginación o inundación han sido ocupados dentro de laboratorio donde se pretende reproducir situaciones de la vida diaria, y finalmente otra forma de evaluar el afrontamiento es mediante la entrevista, una de las más frecuentes es aquella donde se pide al sujeto que piense o imagine un acontecimiento determinado para posteriormente interrogarlo sobre las posibles estrategias a emplear para solucionarlo (Guerrero y Vicente, 2001).

En el terreno de los instrumentos *psicométricos*, uno de los más usados es el *Ways of Coping Questionnaire (WOCQ)* diseñado por Folkman y Lazarus del cual algunas investigaciones han dejado en claro su falta de validez y estabilidad de la estructura factorial, por lo que ha sido ampliamente criticada (Pelechado, 2005 en González y Landero 2007).

Otro instrumento muy cercano al WOCQ es el *Social Problem-Solving Inventory (SPSI)* de D´Zurilla (1986, en Guerrero y Vicente 2001), centrado en las capacidades del individuo para llevar a cabo la toma de decisiones.

Por su parte, Guerrero y Vicente (2001), refieren que un instrumento muy útil para medir el afrontamiento es el *Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ)* de Hollon y Kendall de 1989 o el *Dysfunctional Attitude Scale (DAS)* de Arlene Weissman (1979), el cual parte de la idea que muchos de los problemas psicológicos se originan a partir de pensamientos racionales, por lo tanto es posible apreciar el grado en el que se asumen

ideas irracionales y/o disfuncionales en términos al dominio de logro y de la dependencia afectiva.

Por otra parte, el *Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)* de Sandín y Chorot (2003, en González y Landero 2007) es uno de los más utilizados para evaluar los tipos de afrontamiento por sus características teóricas y sus propiedades psicométricas, es de primordial interés presentarlo en este espacio ya que es una de las escalas que se emplearon en esta investigación.

El CAE consta de 42 ítems y evalúa las 7 formas de afrontamiento propuestas por Sandín y Chorot (2003), las cuales han sido descritas anteriormente y son: 1) Focalizado en la solución del problema; 2) Autofocalización negativa; 3) Reevaluación positiva; 4) Expresión emocional abierta; 5) Evitación; 6) Búsqueda de apoyo social; 7) Religión.

Este instrumento, plantea dos dimensiones generales para su evaluación, en primer lugar, están las estrategias centradas en el problema o afrontamiento racional, las cuales pretenden que el sujeto busque un estado de bienestar frente a la situación que le es problemática, ya sea modificando su conducta o eliminando la fuente de estrés; y por otro lado, están las estrategias centradas en la emoción que están encaminadas a regular los estados emocionales, sin embargo, esto no lleva necesariamente a la modificación o eliminación de las fuentes estresantes y por ello puede llegar a ser considerada como “no funcional” (González y Landero, 2007).

Tras la evaluación de este constructo, la Intervención puede ser considerada como el siguiente paso en el actuar del psicólogo, y tanto en el campo de la psicología de la salud, como en el afrontamiento se tienen diferentes formas de aproximarse al fenómeno e incidir sobre él, Peralta, Robles, Navarrete y Jiménez (2009) hacen referencia a la terapia de afrontamiento del estrés que persigue el dotar a las personas de las herramientas necesarias para hacer frente a situaciones estresantes en el presente y en el futuro, acorde a esto la terapia se desarrolla en diferentes partes:

1. Conceptualización del estrés
2. Reestructuración cognitiva



3. Entrenamiento en técnicas cognitivas
4. Técnicas de desactivación
5. Autodominio del dolor (para pacientes con dolor crónico)
6. Habilidades sociales
7. Control y organización del tiempo
8. Control de la ira
9. Humor y optimismo

Por su parte, Soriano y Monsalve (2005), indican que las intervenciones sobre afrontamiento se centran principalmente en el desarrollo de estrategias adaptativas de comportamiento, situación que no implica que existan mejores estrategias de afrontamiento que otras, sino que a partir de un enfoque situacional se postulan comportamientos adecuados a cada situación. Por lo tanto, lo primero que se tiene que establecer son diferencias entre conductas de afrontamiento pasivas y activas, así como las posibles consecuencias que tienen ambas, por lo tanto, estos autores ponderan la enseñanza de estrategias de solución de problemas y pensamiento racional, además de ensayos conductuales donde los individuos tengan que evaluar las situaciones y establecer conductas de afrontamiento adaptativas.

Ahora bien, Fierro (s/f) apunta directamente a la teoría de la acción como elemento para modificar las estrategias de afrontamiento en los individuos, donde se señalan cuatro principios básicos a considerar durante la intervención:

1. Los sentimientos modelan los pensamientos y los actos
2. Los pensamientos modelan los actos y los sentimientos
3. Los actos modelan el pensamiento y los sentimientos
4. El entorno modela pensamientos, actos y sentimientos

Es a partir de estas ideas que se establece que existe una interrelación de estos elementos, y que la conducta es influenciada por distintas variables, sin embargo, también puede ser dirigida en sentido contrario, esto es, que si las acciones, pensamientos y sentimientos pueden ser reguladas por el entorno, las acciones pueden influir en los sentimientos y pensamientos, y a su vez modificar el entorno. Por lo tanto, un entremetimiento que pondera una intervención solo a nivel cognitivo o

comportamental carece de profundidad y sentido, por lo que se tiene que trabajar en todos niveles.

Di-Colloredo, Aparicio y Moreno (2007) reúnen una serie de aspectos a trabajar en la intervención, para la modificación del afrontamiento, enlistándolos de la siguiente forma:

- Las técnicas de solución de problemas permiten al individuo analizar su entorno o situación, reunir información pertinente, analizar las posibilidades y poder proponer soluciones útiles para obtener resultados deseados y elegir un plan de acción.
- El entrenamiento en habilidades sociales constituye un importante recurso para el afrontamiento pues, la interacción social es importante para desarrollar comportamientos adaptativos ante diferentes situaciones. La capacidad de comunicarse y actuar de forma adecuada y eficaz son el tipo de habilidades que apoyan a la solución de problemas en coordinación con otras personas, lo cual puede ser muy provechoso cuando las personas se encuentran en un proceso de pérdida de la salud o similar.
- El acompañamiento social puede ser determinante para que se desarrollen conductas asertivas en los individuos y aumente su autoeficacia.
- Los recursos materiales y su desarrollo también determinantes para un afrontamiento adecuado, ya que pueden reducir el sentimiento de vulnerabilidad o amenaza en las personas.

Finalmente Del Castillo, Morales y Solano (2013) proponen un modelo de taller para la modificación de estrategias de afrontamiento que ha demostrado dar buenos resultados, el taller está diseñado en tres fases:

- Fase 1: consiste en el establecimiento de reglas para el taller, así como una evaluación a base de entrevistas semiestructuradas sobre los conocimientos que se tienen del estrés y las formas de hacerle frente

- Fase 2: Consiste en la modificación de pensamientos disfuncionales, entrenamiento en solución de problemas y habilidades sociales. En esta fase se instruye a los participantes en el conocimiento de su enfermedad y técnicas de relajación y respiración.
- Fase 3. Consiste en entrenamiento en asertividad, cierre de la intervención y evaluación final.

### 3.4 Investigación en el área

A continuación se presentan algunos ejemplos de pesquisas que abordan el afrontamiento en médicos.

Moreno, Seminotti, Garrosa, Rodríguez, y Morante (2005), realizaron una investigación donde se pretendía evaluar el nivel de significación de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en el proceso de *burnout* y clarificar la relación entre estas. Para ello participaron 130 profesionales médicos de ocho hospitales a los cuales se les administró una batería compuesta por el MBI, el State-trait Anxiety Inventory, el Ways of Coping Checklist, y el cuestionario de afrontamiento médico situacional, además de un cuestionario de datos sociodemográfico diseñado *ad hoc* para la investigación. Ellos encontraron que no hay diferencias significativas en las dimensiones que componen el *burnout*, hallaron que en esta población los jóvenes médicos recurren con mayor frecuencia a estrategias de afrontamiento ligadas a la búsqueda de apoyo y solución de problemas, a comparación de aquellos con más edad que recurren a la evitación y negación; también encontraron diferencias significativas entre la presencia del síndrome y el género, diferencia que se atribuye a las estrategias de afrontamiento empleadas, ya que son las mujeres aquellas que utilizan tipos de afrontamiento más eficaces para el estrés ante la aceptación de la muerte de los pacientes como algo inevitable. Los autores concluyen que la aparición del síndrome está íntimamente ligado a las estrategias de afrontamiento de cada individuo, y que posiblemente las diferencias entre los estudios se deban principalmente a variaciones culturales.

Piñeiro (2013), reporta una investigación realizada con 52 individuos pertenecientes al personal sanitario de dos hospitales, con el objetivo conocer el nivel de estrés en el personal de enfermería, así como los mecanismos de afrontamiento que disponen en las unidades de hospitalización breve de psiquiatría. Se encontró que los principales estresores son los relacionados con la interrupción de su trabajo, sentirse impotentes cuando el paciente no mejora, o realizar demasiadas tareas que no son de enfermería. También, se encontró que cuanto mayor sea el tiempo de servicio del personal este es más susceptible a las críticas de los médicos, no obstante, se encontraron altos niveles de satisfacción laboral y buena relación interpersonal entre los

trabajadores; esto concuerda con los resultados mostrados en el área del afrontamiento, donde la técnica más utilizada para resolver los problemas fue aquella focalizada en resolver los problemas, seguida del pensamiento positivo. Esto implica que el personal de enfermería está preparado para afrontar las situaciones que consideran estresantes, siendo muy importantes aquellas que ayudan a re-significar las situaciones y valorarlas de forma positiva, sin que variables sociodemográficas -salvo la edad- influyan en el desarrollo del estrés.

Paris y Omar (2007), realizaron una investigación donde buscaba identificar las estrategias de afrontamiento del estrés más utilizadas por profesionales de salud, así como analizar la relación entre el estrés asistencial y el grado de satisfacción laboral. Para ello, se tomaron 196 participantes (99 médicos, 97 enfermeros) a los cuales se les encuestó mediante la escala de estresores asistenciales, escala de estrategias de afrontamiento del estrés asistencial, escala de satisfacción laboral y de satisfacción con la vida en general. En primer término se encontró, que la estrategia de afrontamiento más utilizada es aquella centrada en la solución de problemas, y que los participantes se perciben medianamente satisfechos con su trabajo y vida personal. También se halló una correlación positiva entre el nivel de estrés y el uso de estrategias des-adaptativas, así como una negativa con el uso de estrategias de solución de problemas. Particularmente los médicos presentan relaciones entre la variable sexo y distanciamiento, con lo que son los varones los que ocupan esta estrategia, también, aquellos que utilizan estrategias des adaptativas llevan una menor satisfacción en su vida. Con respecto a los enfermeros, las estrategias de solución de problemas se asocian con una mayor satisfacción con la vida y satisfacción laboral. Finalmente, concluyeron que las estrategias de afrontamiento son un factor decisivo para el desarrollo del estrés y el deterioro de la satisfacción laboral y de la satisfacción por la vida, también que un ambiente laboral que permita desarrollar las potencialidades del individuo es vital para logre tener un pleno desarrollo laboral.

Por su parte, De la Rosa, Chang, Delgado, Oliveros, Murillo, Ortiz, Vela, y Yhuri (2015), evaluaron los distintos niveles de estrés y tipos de afrontamiento de estudiantes de las carreras de derecho, medicina y psicología; utilizaron dos instrumentos, el

primero fue el inventario SISCO de estrés académico y el CAE, con lo que encontraron que los estudiantes de la carrera de medicina, fueron los que mayor grado de estrés presentan, y que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los estudiantes fueron la solución del problema, la reevaluación positiva, y la búsqueda de apoyo social, mientras que la menos usada fue la religión -en las tres carreras-, concluyen que el estrés experimentado es posiblemente debido a la estructura curricular de las carreras en sus instituciones, pero que debido a esas estrategias de afrontamiento el estrés decremente significativamente su efecto.

Como se ha mencionado a lo largo del presente trabajo, el *burnout* y el afrontamiento se encuentran íntimamente ligados, y debido a su impacto en los profesionistas de la salud es relevante su estudio para analizar la influencia de las condiciones laborales a las que están sometidos, la carga laboral excesiva, la mecanización y repetición del trabajo o la competencia entre colegas; también se hace necesario poner atención en las expectativas de los individuos por ejemplo, lo que esperaban obtener estudiando la carrera, la perspectiva de cubrir necesidades económicas, el sentimiento de que el trabajo exige más habilidades y capacidades de las que creen poseer o la sensación de estar sobre-calificado para desarrollar las actividades del puesto de trabajo; estas situaciones pueden coadyuvar a la acumulación de estrés y frustración de los profesionales de la salud, incrementando las probabilidades de desarrollar este síndrome, y con ello efectos perjudiciales a su salud.

Por lo anterior, a continuación se presenta el proyecto de investigación eje de este trabajo, donde se detalla la metodología llevada a cabo para el cumplimiento de los objetivos.

## 4 **BURNOUT Y AFRONTAMIENTO EN PROFESIONALES DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA HEMOFILIA**

### **Método**

#### *Objetivo:*

Observar y analizar la correlación existente del nivel de *burnout* y el tipo de afrontamiento que presentan profesionales de la salud relacionados con la hemofilia.

#### *Objetivos específicos:*

- 1) Determinar la confiabilidad de los instrumentos aplicados
- 2) Identificar los niveles de *burnout* que presentan profesionales de la salud relacionados con la hemofilia.
- 3) Identificar el tipo de afrontamiento más frecuentemente utilizado por profesionales de la salud relacionados con la hemofilia.

#### *Diseño de investigación:*

La presente investigación se llevó a cabo bajo un diseño transversal ya que se recabó información sobre la población en un punto específico del tiempo, lo cual permite realizar descripciones y comparaciones con la misma población o con otras. También es de tipo correlacional ya que se plantea establecer la asociación entre las variables estudiadas (Shaughnessy, Zechmeister y Zechmeister, 2007).

#### *Definición de Variables:*

*Burnout*: síndrome que consta de tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja autoestima profesional. El agotamiento emocional es un cansancio físico y/o psicológico que se manifiesta como la sensación de falta de recursos emocionales, y el sentimiento que embarga al trabajador de que nada puede ofrecer a otras personas a nivel afectivo. La despersonalización es lo que se conoce como actitudes inhumanas, aisladas, negativas, frías, cínicas y duras, que da la persona a los beneficiarios de su propio trabajo. La baja autoestima conocida también

como falta de realización personal en el trabajo, sentimiento de inadecuación personal o falta de logros personales, se refiere a la existencia de un sentimiento de ausencia de logros propios de las personas en las labores habituales, se presenta un rechazo de sí mismo (Maslach y Jackson 1981, en Vilorio y Paredes 2002; p 30).

Afrontamiento: Todos los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman 1985, en Acosta, Chaparro y Rey 2008 p 164).

#### *Participantes:*

60 profesionales de la salud relacionados con áreas afines a la enfermedad de la hemofilia como: Trabajo social, Enfermería, Medicina, Hematología, Pediatría, Química, Odontología, Psicología, Tanatología, Nutriología, Ortopedia y Traumatología. Provenientes de distintos los estados de la república mexicana y Ciudad de México.

El proyecto general del cual se deriva el presente trabajo fue revisado y aprobado por el comité de bioética de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.

#### *Escenario:*

Un aula de 3 x 4 m en el centro de convenciones Banamex, bajo el marco del “XXI Congreso Nacional de Hemofilia”.

#### *Instrumentos:*

Se utilizó una batería de pruebas psicométricas compuesta por tres pruebas:

- Cuestionario de Datos Sociodemográficos

Para esta investigación se elaboró un cuestionario compuesto por dos secciones, con la primera sección se recabó datos personales como edad, género, profesión, años de ejercicio profesional, lugar de procedencia, etc; mientras que para la segunda se determinó el objetivo de recabar datos sobre la formación del profesional (ver anexo 1).

- *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (ver anexo 2)



El instrumento está compuesto en por 22 ítems, y se divide en 3 factores: cansancio emocional (CE, contiene 9 reactivos); despersonalización (DP, 5 reactivos); y finalmente falta de realización personal y profesional (RP, 8 reactivos). Los ítems tienen opciones de respuesta tipo Likert de 6 puntos que van desde 0 (nunca), hasta 6 (todos los días), donde puntuaciones altas en cansancio emocional y despersonalización y bajas en realización profesional evidencian la presencia del Burnout.

La consistencia interna del instrumento fue realizada a través del coeficiente *alpha* de Cronbach (n=1,316) La confiabilidad de cada escala es cansancio emocional= .90, para la despersonalización= .79, y finalmente .71 para realización profesional, (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

- Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) (ver anexo 3)

Instrumento está compuesto por 42 ítems que evalúan siete tipos de afrontamiento: Focalizado en la solución del problema (FSP), Autofocalización negativa (AFN), Reevaluación positiva (REP), Expresión emocional abierta (EEA), Evitación (EVT), Búsqueda de apoyo social (BAS), Religión (RLG); cada uno está compuesto por seis ítems y tienen una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta que van desde 0 (Nunca) a 4 (Casi Siempre).

Este instrumento tiene una confiabilidad que oscila entre  $\alpha = .66-.91$  para cada una de las escalas de afrontamiento, a su vez se identifican dos dimensiones planteadas por Lazarus y Folkman (1989, en en Acosta, Chaparro y Rey 2008) que indican un afrontamiento de tipo racional (centrado en los esfuerzos dirigidos a eliminar la fuente del estrés o modificarla) compuesto por los tipos FSP, REP y BAS; y otra un afrontamiento emocional (centrado en regular los estados emocionales consecuencia de las situaciones estresantes) compuesto por los tipos AFN, EEA, EVT y RLG.

#### *Análisis de Datos:*

Se calcularon los índices de confiabilidad de las escalas aplicadas, obteniendo el *alpha* de Cronbach. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas de la muestra; se calcularon y describieron los puntajes de cada una

de las escalas que componen los instrumentos; se compararon las medias de los diversos subgrupos (profesión, género), a través de un análisis de varianza de un factor (ANOVA) con comparaciones *post hoc* mediante la prueba HSD de *Tukey*, para determinar las diferencias significativas entre cada uno de estos subgrupos, y se obtuvieron las correlaciones entre las diferentes variables y las áreas del cuestionario. Para realizar el análisis de datos se usó el programa estadístico SPSS 22.

### *Procedimiento*

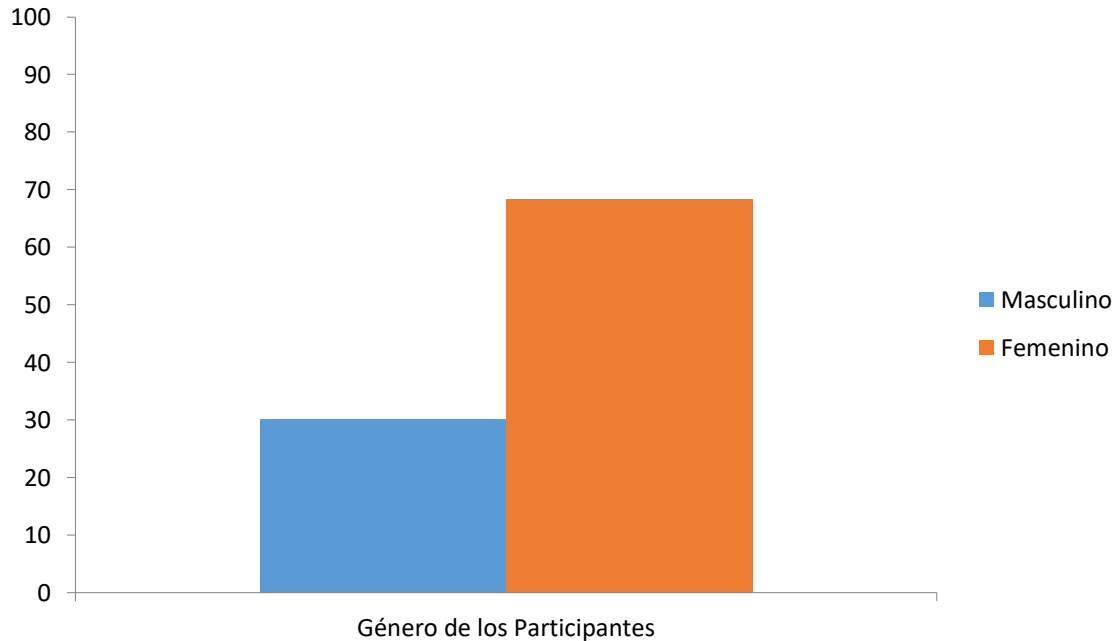
El investigador repartió a los integrantes del grupo de enfermedades crónicas, las baterías para ser aplicadas durante el congreso. Previamente cada aplicador fue capacitado en la forma correcta de aplicar los instrumentos que componía la batería.

Todos los encuestados firmaron el consentimiento informado y procedieron a responder (ver anexo 4).

Una vez aplicados los instrumentos se procedió a realizar una revisión de los mismos para seleccionar aquellos que hubiesen sido resueltos de forma correcta y completos, para posteriormente continuar con la elaboración de la base de datos en SPSS y realizar el análisis anteriormente referido.

## 5. RESULTADOS

El análisis descriptivo de la muestra, permite apreciar que la edad de los participantes fue de 21 a 75 años, donde 19 fueron del género Masculino y 43 del Femenino (la proporción en términos de porcentaje se puede apreciar en la figura 6), con una media de 43.5 años y una desviación típica de 11.8 años.



**Figura 6.** Porcentaje del género de los participantes

En torno a la experiencia profesional, se obtuvo un promedio de 16 años (DS=10.64), con un rango que iba desde menos de un año a 45 años del ejercicio de su profesión.

Los participantes de la investigación provenían de 21 estados de la república mexicana, donde destacan en primer lugar la Ciudad de México (CDMX) con el 25.4%, en segundo lugar se tiene a Jalisco con el 9.5% y a Veracruz con el mismo porcentaje, mientras que en tercer lugar se ubican Baja California Norte (BCN) y Nuevo León (NL) con el 6.3% cada uno (ver tabla 5).

**Tabla 5.** Estados de procedencia de los participantes

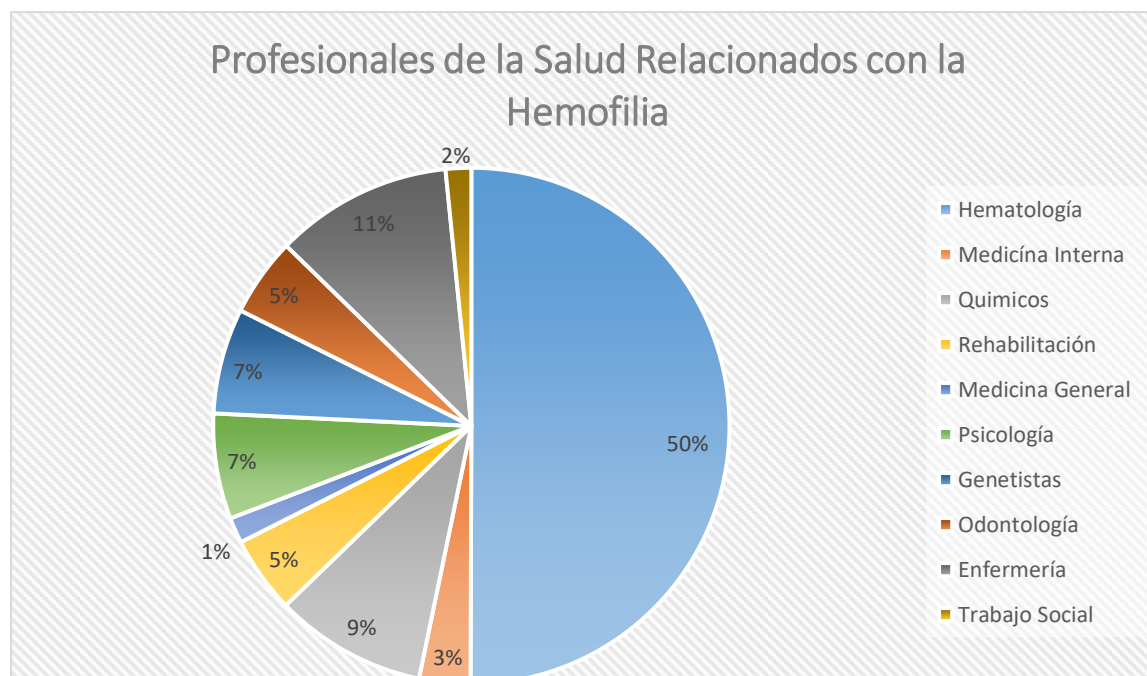
Estado	Frecuencia	Porcentaje
Aguascalientes	1	1.6
Baja California Norte	4	6.3
CDMX	16	24.4
Chiapas	1	1.6
Durango	1	1.6
Edo. De México	2	3.2
Guanajuato	2	3.2
Hidalgo	1	1.6
Jalisco	6	9.5
Morelos	1	1.6
Nuevo León	4	6.3
Oaxaca	4	6.3
Puebla	3	4.8
Querétaro	1	1.6
San Luis Potosí	2	3.2
Sinaloa	1	1.6
Sonora	1	1.6
Tabasco	1	1.6
Tamaulipas	1	1.6
Veracruz	6	9.5
Yucatán	2	3.2
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>96.8</b>

Respecto a la formación de estos profesionales la universidad de la que proceden, son: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con la mayor frecuencia, seguido de la Universidad de Guadalajara, mientras que la Universidad Autónoma de Nuevo León obtiene el tercer lugar (ver tabla 6).

**Tabla 6.** Universidad de los participantes

Universidad	Frecuencia	Porcentaje
Benemérita Universidad de Puebla	3	4.8
Colegio de Enfermería	1	1.6
Ecuador	1	1.6
IPN	2	3.2
Privada Sur de Comercio	1	1.6
UNAM	17	27
Universidad Autónoma de Baja California	3	4.8
Universidad Autónoma de Nuevo León	5	7.9
Universidad Autónoma de San Luis Potosí	2	3.2
Universidad Autónoma de Tamaulipas	1	1.6
Universidad Autónoma del Bajío	2	3.2
Universidad de Aguascalientes	2	3.2
Universidad de Guadalajara	6	9.5
Universidad de las Américas Puebla (UDLAP)	1	1.6
Universidad de Sinaloa	1	1.6
Universidad de Yucatán	1	1.6
Universidad Juárez Autónoma de Tabasco	1	1.6
Universidad La Salle	1	1.6
Universidad Michoacana	1	1.6
Universidad Nacional de Panamá	1	1.6
Universidad Veracruzana	6	9.5
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>93.7</b>

Respecto a las especialidades de los participantes se tiene que el 50% fueron Hematólogos seguidos de Enfermería con el 11.1% y con el 9.5% Químicos (ver figura 7).



**Figura 7.** Porcentaje de los profesionales relacionados con la Hemofilia

De la misma forma, es posible observar que la mayor parte de los participantes laboran el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 39.7%), mientras que la Secretaría Salud (SS), obtuvo el 30.2%. (Véase tabla 7).

**Tabla 7.** Institución en la que trabajan los participantes

Institución Hospitalaria	Frecuencia	Porcentaje
Extranjero	1	1.6
Hospitales Universitarios	8	12.7
IMSS	25	39.7
ISSSTE	3	4.8
Jubilado	1	1.6
Privado	4	6.3
SSA	19	30.2
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>96.8</b>

## Confiabilidad de los instrumentos

A partir de los datos recabados se realizó un análisis de confiabilidad para cada uno de los instrumentos, los cuales quedaron configurados de la siguiente forma:

**Tabla 8.** Confiabilidad del instrumento MBI

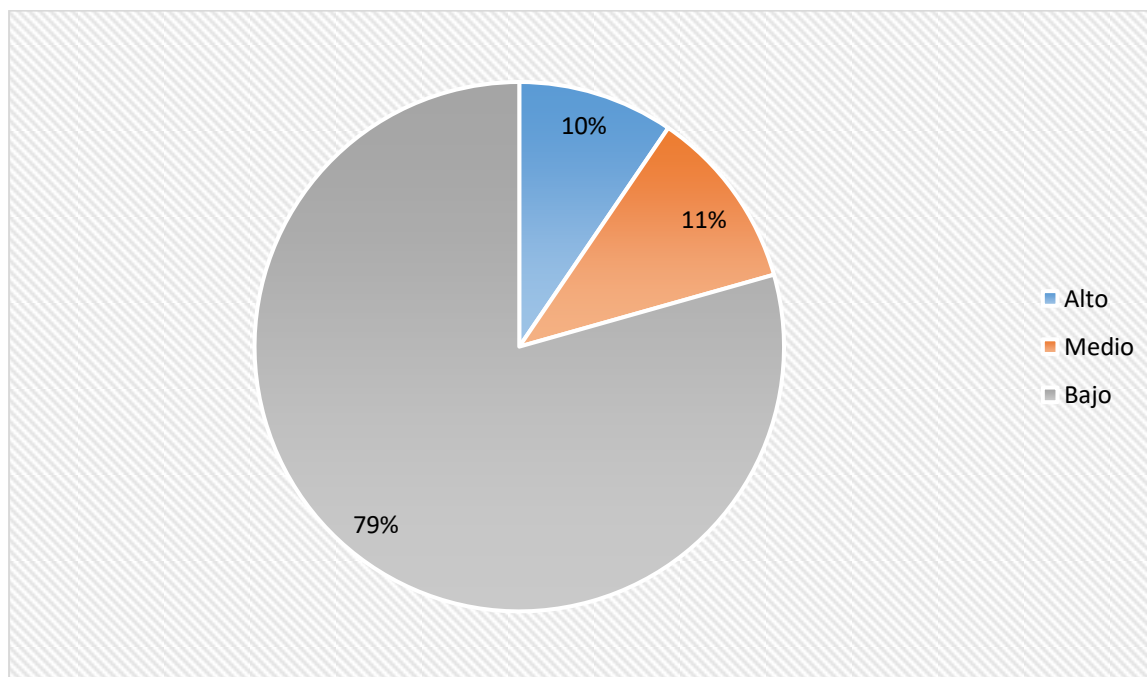
Escala	Confiabilidad
Cansancio Emocional	$\alpha=.82$
Despersonalización	$\alpha=.58$
Realización Profesional	$\alpha=.51$
Total MBI	$\alpha=.90$

**Tabla 9.** Confiabilidad del instrumento CAE

Escala	Confiabilidad
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	$\alpha=.88$
Expresión Emocional Abierta (EEA)	$\alpha=.71$
Religión (RLG)	$\alpha=.90$
Focalizado en la Solución de Problemas (FSP)	$\alpha=.81$
Evitación (EVT)	$\alpha=.63$
Autofocalización Negativa (AFN)	$\alpha=.58$
Reevaluación Positiva (REP)	$\alpha=.60$
Total CAE	$\alpha=.83$

### Niveles de *burnout*

Como ya se mencionó, el *burnout* se compone de tres elementos: el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización profesional que presente cada participante, donde puntuaciones altas en las dos primeras escalas y baja en la tercera definen al síndrome, a este respecto se encontraron los siguientes datos:

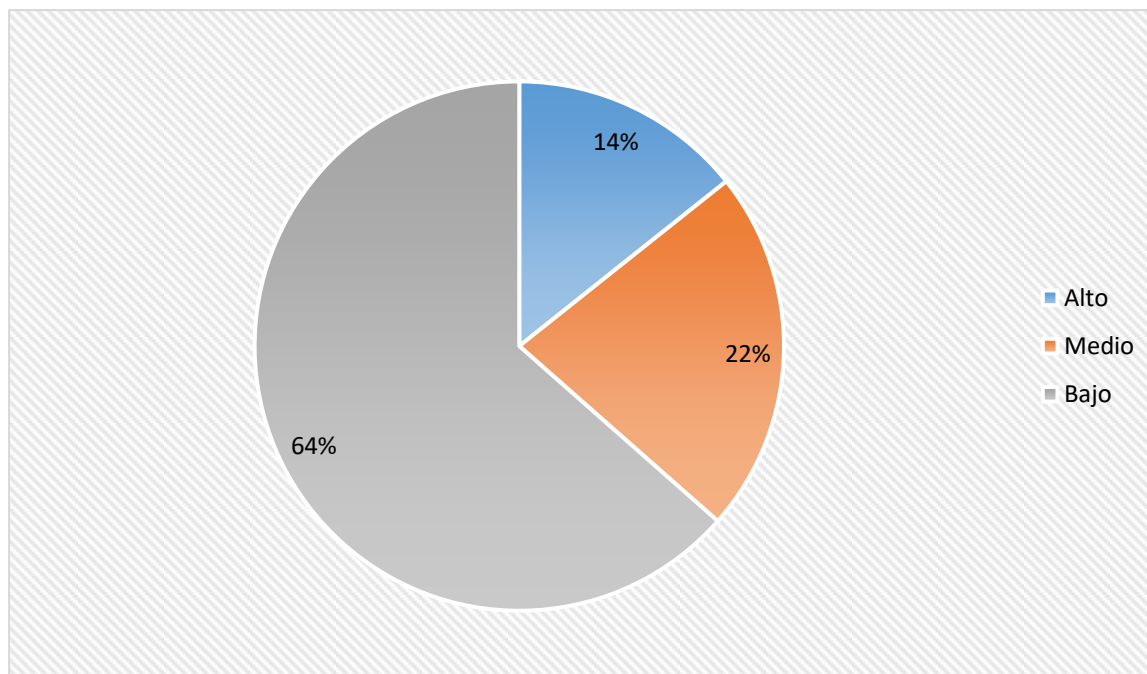


**Figura 8.** Porcentaje del rango de cansancio emocional en profesionales de la salud relacionados con la hemofilia

Como se puede observar en la figura 8, los participantes de esta investigación presentan un cansancio emocional bajo (79%) y el 10% nivel alto.

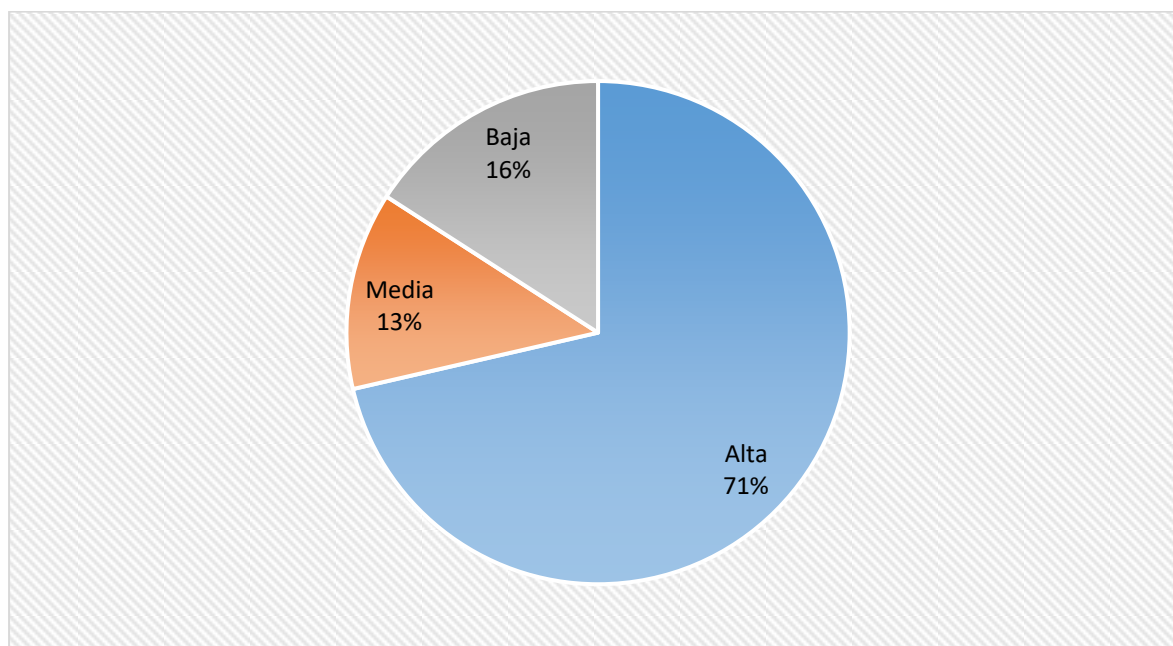
Respecto a los puntajes de despersonalización, los niveles indican que el 63% presenta la categoría en un nivel “bajo” (ver figura 9).





**Figura 9.** Porcentaje del rango de despersonalización en profesionales de la salud relacionados con la hemofilia

En cuanto a la realización personal, se encontró que esta se encuentra en nivel bajo en el 16% de los casos, en nivel medio en el 13% y en nivel alto en el 71%.



**Figura 10.** Porcentaje del rango de Realización Profesional en profesionales de la salud relacionados con la hemofilia

## Tipos de afrontamiento

Respecto a los tipos de afrontamiento, se tiene que la media más alta se obtuvo en el focalizado en la solución de problemas ( $M=15.5$ ;  $DE=4.8$ ), es decir estos profesionistas cuando se enfrentan a algún desafío, tratan de analizar las causas del problema, buscan solucionarlo siguiendo pasos específicos y estableciendo un plan de acción.

El tipo de afrontamiento que le sigue en frecuencia es reevaluación positiva ( $M=11.8$ ;  $DE=3.9$ ), el cual consiste en ver los aspectos positivos de un problema y tratar de aprender de ellos.

Por otra parte, el tipo de afrontamiento menos utilizado fue la expresión emocional abierta ( $M=4.19$ ;  $DE=3.5$ ); el cual consiste en comportarse hostil, agresivo, irritado y expresar de manera violenta los sentimientos, sin tomar en cuenta a los otros (ver tabla 10).

Los otros datos sobre los distintos tipos de afrontamiento se pueden observar en la tabla 10.

**Tabla 10.** Medias y Desviación estándar de los tipos de afrontamiento indicados en el CAE

Escala	Media	Desviación Estándar
Focalizado en la solución del problema (FSP)	15.57	4.83
Autofocalización Negativa (AFN)	4.62	3.30
Reevaluación Positiva (REP)	11.89	3.99
Expresión Emocional Abierta (EEA)	4.19	3.58
Evitación (EVT)	6.89	4.59
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	8.16	5.03
Religión (RLG)	5.38	5.61

## Correlaciones

Al llevar a cabo el análisis de correlaciones entre las variables demográficas y las diferentes escalas de los instrumentos, en lo referente al primer instrumento, no se encontraron relaciones significativas entre las escalas que componen el MBI y las variables sociodemográficas analizadas.

En el segundo instrumento, -que evalúa tipos de afrontamiento- se encontraron dos correlaciones bajas negativas significativas; una entre la expresión emocional abierta y la edad, y la otra entre la expresión emocional abierta y los años de ejercicio profesional ( $r=-0.35$ ;  $p<0.01$  y  $r=-0.32$   $p<0.01$ , respectivamente), lo que indica que los médicos más jóvenes y con menor experiencia son los que utilizan este tipo de afrontamiento.

Además, se encontró otra asociación entre el afrontamiento de tipo religioso y la profesión, lo que indica que se recurre a las creencias para afrontar algunas situaciones estresantes (ver tabla 11).

**Tabla 11.** Correlación de variables demográficas y los tipos de Afrontamiento

Variable	Edad	Género	Profesión	Años de ejercicio
FSP	.053	-.197	.011	-.017
AFN	-.166	.180	.153	-.112
REP	-.073	-.077	-.009	-.048
EEA	-.348**	.196	.090	-.324*
EVT	-.133	.208	.200	-.112
BAS	-.239	.070	.056	-.099
RLG	-.096	.175	.432**	.064

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01

\* La correlación es significativa al nivel 0.05

### Correlaciones entre los instrumentos

Al realizar las correlaciones entre las escalas de los instrumentos, se obtuvieron los puntajes que se muestran en la tabla 12.

**Tabla 12.** Correlaciones entre las escalas de los instrumentos MBI y CAE

Escalas	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Profesional
Focalizado en la Solución de Problemas (FSP)	-.266*	-.403**	.453**
Reevaluación Positiva (REP)	.032	-.008	.388**
Auto-focalización Negativa (AFN)	.506**	.484**	.015
Expresión Emocional Abierta (EEA)	.397**	.371**	.038
Evitación (EVT)	.303*	.126	.125
Búsqueda de Apoyo Social (BAS)	.070	.43	.442**
Religión (RLG)	-.001	.003	.226

(\*) La correlación es significativa al nivel 0.05

(\*\*) La correlación es significativa al nivel 0.01

Como se puede ver en la tabla anterior, existen correlaciones directas significativas entre el Cansancio Emocional, la Auto-focalización Negativa (AFN) ( $r=.506$ ;  $p<0.01$ ), la Expresión Emocional Abierta (EEA) ( $r=.397$ ;  $p<0.05$ ) y la evitación (EVT) ( $r=.303$ ;  $p<0.05$ ); esto indica que, a mayor cansancio emocional, es más probable que se presenten los tipos de afrontamiento auto-focalización negativa, expresión emocional abierta y evitación; también se observa una asociación negativa significativa entre el Cansancio Emocional y el tipo de afrontamiento focalizado en solucionar el problema (FSP), lo que implica que a mayor cansancio se presentará en menor medida este tipo de afrontamiento ( $r=-.266$ ;  $p<0.05$ ).

En el caso de la despersonalización se encuentran asociaciones moderadas positivas significativas, con la auto focalización negativa (AFN) ( $r=.484$ ;  $p<0.01$ ) y la

expresión emocional abierta (EEA) ( $r=.371$ ;  $p<0.01$ ), lo que indica que la despersonalización (que consiste en una serie de actitudes negativas, frías y duras dirigidas a las personas con que se labora) está relacionada con los tipos de afrontamiento auto-focalización negativa (AFN) (que indica una serie actitudes de autoculpa y desamparo ante los problemas) y expresión emocional abierta (que revela conductas hostiles ante las personas le rodean).

A su vez se puede observar, una relación negativa moderada, significativa entre la despersonalización y el afrontamiento focalizado en la solución de problemas (FSP) ( $r=-.403$ ;  $p<0.01$ ) lo que implica que a menor nivel de presencia de esta área, se tendrá una mayor tendencia a utilizar el afrontamiento enfocado a buscar soluciones directas.

Finalmente, en torno a la realización profesional, se tienen correlaciones positivas significativas con la Focalizado en la Solución de Problemas (FSP) ( $r=.453$ ;  $p<0.01$ ), Reevaluación Positiva (REP) ( $r=.388$ ;  $p<0.01$ ) y Búsqueda de Apoyo Social (BAS) ( $r=.442$ ;  $p<0.01$ ), las cuales son moderadas significativas (ver tabla 12), lo anterior indica que, a mayor realización profesional, existe una mayor posibilidad de que se presenten afrontamientos focalizados en la solución del problema, así como una reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social.

### **Diferencias entre grupos**

Para analizar las diferencias en el MBI entre los diversos grupos, se aplicó un análisis de varianza (ANOVA), encontrando que existen diferencias en los niveles de realización personal, dependiendo de la institución en la cual labora ( $F=2.36$ ;  $p<0.04$ ).

Con relación a esto se encontró que las instituciones entre las que hay diferencias significativas fueron el IMSS y el ISSSTE ( $t=2.48$ ;  $gl=26$ ;  $p<0.02$ ) siendo más alta en el primero con una media de 42.6 respecto al 33.6 del ISSSTE; y entre el IMSS y las instituciones de salud del sector privado ( $t=2.54$ ;  $gl=27$ ;  $p<0.02$ ) teniendo 42.6 y 33 como medias respectivamente.

Respecto al CAE, se encontraron solo tres diferencias significativas, una entre la edad de los participantes y la Expresión Emocional Abierta ( $F=2.44$ ;  $p<0.00$ ); la

segunda entre la edad y el afrontamiento enfocado en la Religión ( $F=2.2$ ;  $p<0.01$ ) y la tercera entre la Especialidad y el afrontamiento enfocado en la Religión ( $F=2.2$ ;  $p<0.03$ ).

Específicamente las diferencias encontradas en el análisis del afrontamiento de tipo religioso, se hallaron entre la especialidad de Hematología ( $M=3.47$ ) y las que se describen en la siguiente tabla.

**Tabla 13.** Diferencias significativas entre hematología y otras especialidades en el afrontamiento de tipo religioso.

Especialidades	$\bar{X}$	t	gl	P<
Medicina General	14.00	-2.5	29	0.018
Genetistas	8.00	-2.03	29	0.05
Odontología	9.33	-2.3	31	0.02
Enfermería	8.43	-2.52	35	0.016
Trabajo Social	20	-3.92	29	0.00

En lo que concierne a las diferencias de género, solo se encontró una diferencia significativa en el área de realización profesional ( $t=2.6$ ;  $gl=60$ ;  $p<0.01$ ), donde se encuentra que la realización profesional es mayor en hombres ( $M= 43.11$ ) que en mujeres ( $M=39.95$ ).

## 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como se ha explicado a lo largo de este trabajo, el síndrome de *burnout* es un fenómeno que se presenta en personas que trabajan bajo mucho estrés, ha sido definido como “un síndrome que consta básicamente de tres dimensiones que son: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja autoestima profesional. El agotamiento emocional es un cansancio físico y/o psicológico que se manifiesta como la sensación de falta de recursos emocionales, y el sentimiento que embarga al trabajador de que nada puede ofrecer a otras personas a nivel afectivo. La despersonalización es lo que se conoce como actitudes inhumanas, aisladas, negativas, frías, cínicas y duras, que da la persona a los beneficiarios de su propio trabajo. La baja autoestima conocida también como falta de realización personal en el trabajo, sentimiento de inadecuación personal o falta de logros personales, se refiere a la existencia de un sentimiento de ausencia de logros propios de las personas en las labores habituales, se presenta un rechazo de sí mismo” (Viloria y Paredes, 2002: 30). Por ello es necesario, llevar a cabo investigación para analizar si el problema está presente y en qué niveles; y plantear estrategias de intervención en áreas específicas de interés -como en este caso-, en personal de salud que atiende Pacientes con Hemofilia (PCH).

Lo anterior, debido a que las personas que desarrollan este síndrome comienzan poco a poco a tomar distancia emocional con las personas que interactúan en su trabajo, en este caso compañeros y pacientes, lo que los puede llevar a presentar comportamientos hostiles con sus compañeros, aislamiento, maltrato y desestimación de los pacientes, para finalmente tener una baja calidad de vida laboral.

Sin embargo, existen diferentes factores de protección que pueden contribuir a frenar o decrementar la probabilidad de aparición de estos síntomas, entre los cuales se pueden encontrar las estrategias de afrontamiento, que son definidas como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”(Lazarus y Folkman 1985, en Acosta, Chaparro y Rey 2008). Esto significa que el afrontamiento es la forma en que

los individuos hacen frente a las cuestiones que se les presentan día a día, ya sea resignificando los eventos, o en el caso del estrés eliminando la fuente estresora.

Por lo anterior, el objetivo de la presente investigación fue observar y analizar la asociación existente del nivel de *burnout* y el tipo de afrontamiento que presentan profesionales de la salud relacionados con la hemofilia, para tener elementos concretos que permitan sugerir estrategias de prevención.

En relación a los resultados, en primer lugar se tiene que los niveles de los constructos que componen el *burnout* se presentan en niveles bajos en las áreas de cansancio emocional y despersonalización, y altos en el área de realización profesional. Esto implica que el síndrome se encuentra presente en toda la población estudiada y desafortunadamente parece estar “normalizado”, término con el cual se quiere describir que la situación está presente como parte intrínseca al trabajo que desarrollan estos profesionistas, lo cual –se quiere ser enfático- no es en ningún modo “sano” “normal” o “deseable”. Se recuerda que se está haciendo referencia a que estas personas refieren sentir que su trabajo los comienza a desgastar, además de sentirse frustrados por el mismo, que las jornadas laborales son excesivas y que el contacto con la gente los cansa; además indican que comienzan a tratar a los usuarios de sus servicios como objetos, a la par de que sienten que se han vuelto más duros con ellos; mencionan a su vez que han comenzado a experimentar un decaimiento de la energía que tenían para trabajar, situación que los lleva a la dificultad de entender a sus pacientes y generar un clima de colaboración poco agradable.

Esto es apoyado por los datos obtenidos por Carrillo, Gómez y Espinoza (2012), quienes afirman que la prevalencia del síndrome en médicos y especialistas mexicanos corresponde del 30% al 69%, y el estudio que realizó la CONAMED (s/f, en Aguirre, Campos, Carrillo, Zavala y Fajardo 2008), en la que se afirma que en un lapso que va de 1997 a 2007, se recibieron 182 407 quejas ante esta institución, promediándose en 15 861 anualmente, creciendo este número año con año.

La interposición de quejas contra médicos en los servicios públicos y privados es primordialmente debido a una mala atención, negligencia, e inconformidad con la atención, además Peña, Rodríguez y López (2004), indican que la interposición de



quejas surge a partir de la percepción que tiene el paciente con respecto a su médico, y que esta puede ser distorsionada por diversos factores, aunque la mayoría pueda resumirse a factores interpersonales que pueden estar íntimamente ligados al trato que brindan los profesionales debido a la presencia del síndrome.

A su vez, existe un porcentaje –arriba del veinte por ciento- de los participantes que padecen niveles medios y altos en el área del cansancio emocional, que se sienten frustrados por su trabajo y que perciben que su trabajo los desgasta y los cansa; el porcentaje se eleva a más del treinta por ciento, cuando se habla del área de despersonalización y los profesionistas indican que tratan a sus pacientes como objetos, y que no les importa lo que les ocurra; además casi el treinta por ciento se siente poco realizado profesionalmente. Estos datos son significativos y el hecho de que se presenten en menor frecuencia no significa que se puedan obviar.

También, es importante resaltar que se encontraron diferencias significativas entre algunas variables sociodemográficas y el área de la realización profesional, teniéndose que aquellos que laboran en instituciones del IMSS encuentran mayor realización profesional que aquellos que laboran en el ISSSTE o Instituciones Privadas de Salud, esto puede deberse a las prestaciones que brinda la institución y/o a las condiciones laborales a las que están sometidos.

Otro rubro donde se encontraron diferencias en la realización profesional fue con la variable género siendo los varones quienes presentan mayores puntuaciones en esta escala en comparación a las mujeres, situación que coincide con las observaciones de Martín, Hernández, Arnillas y García (2009) y de Dickinson, González, Fernández, Palomeque, González y Hernández (2007) quienes indican que en la mujer se ha depositado un rol culturalmente dedicado al cuidado y a la asistencia de los enfermos, y cuando este no puede cumplirse totalmente, o son rebasadas las herramientas y habilidades que poseen por las demandas de los pacientes, el síndrome tiene la posibilidad de presentarse en mayores niveles.

Por lo anterior, se concluye que el síndrome de *burnout* se está normalizando en la muestra analizada, que este se presenta en mayor grado en mujeres, y en los profesionistas que laboran en instituciones diferentes al IMSS. Aunque los niveles sean

bajos, existe el riesgo de que estos profesionales a mediano y largo plazo presentes señales de un deterioro progresivo de las relaciones interpersonales; se incrementa la probabilidad de desarrollar cuadros de ansiedad, depresión y adicciones; así como conductas automáticas, irritación constante y que se refugien en un lenguaje excesivamente técnico.

Aunado a lo anterior, autores como Pistelli, Perochena, Moscoloni y Tarrés (2011) afirman que existen situaciones donde el estrés es también una fuente de recompensa respecto a la satisfacción profesional que se experimenta, ya que el hecho de saberse importante, o que el trabajo desarrollado es muy complicado o demandante, las personas lo interpretan positivamente, por lo que situaciones altamente estresantes pueden ser reinterpretadas como retos y esto los lleve a presentar altos niveles de satisfacción laboral como en la muestra analizada en este trabajo.

Por otra parte, en lo referente al afrontamiento se encontró que las estrategias más utilizadas son aquellas encaminadas a un afrontamiento racional de las situaciones, siendo las más frecuentes las focalizadas en la solución de problemas, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social.

Esto implica que los participantes tienen una mayor tendencia analizar sus problemas y buscar una serie de pasos ordenados para resolverlos, hablar con las personas implicadas en un problema, o tratar de poner soluciones concretas a los mismos, así como centrarse en los aspectos positivos, o pensar que existen cuestiones más importantes en la vida que esta problemática, además de buscar apoyo en personas con mayor experiencia para obtener consuelo o consejo. Estos datos van en línea con los encontrados por autores como Moreno, Seminotti, Garrosa, Rodrioguez, y Morante (2005); Piñeiro (2013); Paris (2007) y De la Rosa, Chang, Delgado, Oliveros, Murillo, Ortiz, Vela, y Yhuri (2015); los cuales encontraron que las estrategias mayormente usadas por profesionales de la salud, son aquellas relacionadas con la solución de problemas y la búsqueda de apoyo social.

Con relación a lo anterior, las estrategias menos usadas fueron aquellas encaminadas a pedir ayuda espiritual a algún líder religioso, orar o tener fe en que Dios solucionaría el problema; así como descargar el mal humor con los demás o agredir a

las personas que les rodean, o tener una sensación de indefensión o desamparo, o simplemente esperar a que las cosas se solucionen solas.

Por otra parte, respecto a las asociaciones entre los tipos de afrontamiento con las variables sociodemográficas puede observarse una asociación entre la edad, el tiempo de ejercicio profesional con la expresión emocional abierta (tipo de afrontamiento correlacionado a la despersonalización) por lo que la experiencia de las personas les da pauta para aprender a usar tipos de afrontamiento más eficaz. Esto concuerda directamente con lo referido por autores como Castillo, Orozco y Alvis, en 2015; Álvarez, Arce, Barrios y Sánchez en 2005; y Aranda en 2006; quienes afirman que la experiencia en el área de trabajo es un factor de protección para los médicos, y aquellos más jóvenes con menos experiencia pueden tender a ser más susceptibles al estrés y a sus efectos.

Las personas al tener estrategias de afrontamiento eficaces o racionales tienden a experimentar las situaciones problemáticas o estresantes de forma positiva, a diferencia de aquellas que tienden a afrontar de forma predominantemente emocional, por lo que se puede asumir que los profesionales que participaron en esta investigación, al presentar el primer tipo de afrontamiento asumen posturas que los llevan a eliminar diferentes fuentes de estrés y tomar el control de la situación, esto los llevará a percibir menores efectos negativos de los eventos estresantes, lo que redundará en bajos niveles de despersonalización, y cansancio emocional.

Aunado a esta información se encuentra que las personas especializadas en hematología hacen uso de la estrategia de afrontamiento de tipo religiosa en menor grado que las especialidades de enfermería, odontología, genética, medicina general, y trabajo social, siendo estas dos últimas las que obtuvieron las medias más altas.

En cuanto a las correlaciones entre las diferentes escalas de los instrumentos de esta investigación se encontró que el cansancio emocional está correlacionado moderada y positivamente con las estrategias de afrontamiento emocionales como la autofocalización negativa, la expresión emocional abierta y la evitación lo cual indica que cuanto más una persona se encuentre desgastado por su trabajo, o al límite de sus capacidades, esta tenderá a realizar diferentes actividades para no pensar en el

problema, a presentar conductas de desamparo y/o a comportarse de forma hostil con los demás. Estos datos son similares a los encontrados por autores como Moreno, Seminotti, Garrosa, Rodríguez, y Morante (2005); De la Rosa, Chang, Delgado, Oliveros, Murillo, Ortiz, Vela, y Yhuri (2015); Paris (2007); quienes señalan que estrategias de afrontamiento racionales están relacionadas positivamente con bajos niveles de estrés, y que otros de tipo emocional se correlacionan negativamente.

De forma similar la despersonalización esta correlacionada positivamente con la auto focalización negativa y la expresión emocional abierta, con lo que puede puntualizarse que una persona que tiende a sentir que su trabajo no es valorado, sentirse culpable de los problemas de los pacientes, o que comience a endurecerse emocionalmente, también tenderá a presentar los tipos de afrontamiento antes mencionados.

De forma contraria, el cansancio emocional y la despersonalización esta correlacionadas de forma negativa con el afrontamiento focalizado en la solución de problemas por lo que personas que presenten bajos índices de estas áreas de *burnout* tenderán a buscar soluciones efectivas a los problemas que les aquejan además de seguir una serie de pasos ordenados para resolverlos.

En tanto a la realización profesional, ésta se encuentra correlacionada positivamente con las estrategias de búsqueda de apoyo social, reevaluación positiva y solución de problemas, por lo que en tanto una persona se encuentre mayormente realizada profesionalmente, también tenderá a tener estrategias de afrontamiento más racionales que emocionales a lo que se puede afirmar que buscará apoyo en otros profesionales para solucionar sus problemas, además de percibirlos de forma positiva e intentar concretamente eliminar la fuente de estrés.

Como ya se vio, se encontraron niveles bajos del síndrome de *burnout* en los profesionales de la salud encuestados, situación que -se piensa- está relacionada íntimamente con las estrategias de afrontamiento que usa la mayoría; ya que estas están dirigidas a la solución del problema o a reevaluar positivamente la situación, lo anterior, permite dar respuesta a los problemas que abordan de manera estructurada, planificada y buscando respuestas lógicas, además de mostrar una actitud positiva. Sin

embargo, no se puede dejar de lado los niveles medios y altos encontrados, ya que como lo marcan muchos autores de trabajos precedentes, el síndrome no desaparece espontáneamente, es acumulativo y deteriora fuertemente la salud laboral de estos profesionistas.

En este sentido es pertinente señalar que la actividad desarrollada por los profesionistas puede ser un factor que regule la presencia de *burnout* en la población, ya que al estar en contacto frecuente un hematólogo y/o una enfermera con los pacientes tienen un mayor riesgo de desarrollar el síndrome, a comparación de otras profesiones como genetistas o químicos, quienes interactúan de forma diferente con los usuarios de sus servicios.

Por ello, es necesario plantear programas que promuevan la salud, es decir acciones dirigidas a llevar a cabo un estilo de vida saludable, a nivel físico, psicológico y social. Programas de prevención que planteen como objetivos la eliminación o modificación de comportamientos asociados a niveles medios y altos de *burnout*; así como, la implementación de programas y técnicas para la intervención en la reducción y/o manejo de los mismos.

Por lo tanto, se proponen programas de difusión de la información sobre el *burnout*, y de intervención donde se apoye a estos profesionales en el desarrollo de habilidades de comunicación, habilidades sociales, solución de problemas, asertividad, relajación y reestructuración cognitiva, poniendo especial atención a los más jóvenes con poca experiencia laboral, para enseñarles a manejar emociones como la ira y la hostilidad, lo que les permitiría tener un manejo más equilibrado de sus reacciones ante problemáticas laborales. Uno de los objetivos de estos programas dirigidos a médicos jóvenes sería volverlos un agente de cambio en su institución.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, P. A., Chaparro, L.C., & Rey, C. A. (2008). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis, diálisis peritoneal o trasplante renal. *Revista Colombiana de Psicología* 17 ( ) 9-26.
- Aguirre, H., Campos, E. M., Carrillo, A., Zavala, E., & Fajardo, G. (2008). Análisis crítico de quejas CONAMED, 1997-2007. *Revista CONAMED*. 13 5-16. Recuperado [http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA\\_ABRJUN\\_2008.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_ABRJUN_2008.pdf)
- Álvarez, A. M., Arce, M. L., Barrios, A. E., & Sánchez, A. R. (2005). Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía cátedra de medicina*. 141: 27-30.
- Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*. 29; 1-7.
- Aragón, L. E. (2011). Evaluación Psicológica. Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría. Manual Moderno. México.
- Balcázar, L. E., Montejó, L. F. & Ramírez, Y. L. (2015). Prevalencia del síndrome de desgaste profesional en médicos residentes de un hospital de Mérida, Yucatán, México. *Atención Familiar*. 22(4): 111-114.
- Ballinas, A. G., Alarcón, C., & Balseiro, C. L. (2009). Síndrome de burnout en enfermeras de un centro médico. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 17 (1): 23-29
- Brannon, L., & Feist, J. (2000). Health Psychology. An introduction to behavior and health. Thompson. Belmont: USA.
- Buela, G. Carroble J. & Sierra, C., (1995) Psicología Clínica y de la Salud en España: su estado actual. *Revista Latinoamericana de Psicología* 27 (1),25-40.

- Buendía, J. & Mira, J.M. (1993). Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo. Secretaría de publicaciones, Universidad. Murcia: España.
- Castillo, I.Y., Orozco J., & Alvis, L. R. (2015). Síndrome de burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de indias. *Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud*. 47(2): 187-192.
- Cardozo, I. del V. & Rendón, J. E. (2014). La salud desde una perspectiva psicológica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 17(3): 1079-1107.
- Carlín, M. & Garcés, E. J. (2010). El síndrome de burnout: evolución histórica desde el campo laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*. 26(1) pp. 169-180.
- Carrillo, R., Gómez, K., & Espinosa, I. (2012). Síndrome de burnout en la práctica médica. *Medicina Interna de México*. 28(6) 579-584. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2012/mim126j.pdf>
- Castañeda, E. & García, J. E. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1) 67-84. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615449006>
- Colegio Oficial de Psicólogos (1998). El perfil del psicólogo clínico y de la salud. *Papeles del psicólogo* 69.
- De la Rosa, G., Chang, S., Delgado, L., Oliveros, L., Murillo, D., Ortiz, R., Vela, G., & Yhuri, N. (2015). Niveles de estrés y formas de afrontamiento en estudiantes de medicina en comparación con estudiantes de otras escuelas. *Gaceta Médica de México*. 151 443-449.
- Del Castillo, A., Morales O., & Solano, G (2013). Malestar emocional y estrategias de afrontamiento en pacientes con diabetes tipo 2: evaluación e intervención. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 3(1): 24-30
- Díaz, M. A. (2010). Burnout: un fenómeno creciente. *Psicología desde el Caribe*, (26) vii-x. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21319039001>

- Dickinson, M. E., González, C., Fernández, M. A., Palomeque, R. P., González E., & Hernández, I. (2007). Burnout Syndrome among Mexican Primary Care Physicians. *Archivos en Medicina Familiar*. 9(2); 75-79.
- Di-Colloredo, C., Aparicio, D. P., & Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia. Avances en la disciplina*. 1(2): 125-156
- Federación de Hemofilia de la República Mexicana A.C. (2016). Reporte sobre hemofilia en México. Secretaría de Salud: México.
- Fierro, A., (s/f). Estrés y salud. *Promolibro*. 9-38.
- Galán, S. & Camacho, E. J. (2012). Estrés y Salud. Investigación básica y aplicada. Manual Moderno: México.
- García, L. J., Piqueras, J. A., Rivero, R., Ramos, V., Oblitas, L. A. (2008). Panorama de la psicología clínica y de la salud. *Revista CES Psicología*. 1(1): 70-93
- Gascón, S., Olmedo, M. & Ciccotelli, H. (2003). La prevención del burnout en las organizaciones: el chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 8(1) 55-66.
- Guerrero, E. & Rubio, J. C. (2005). Estrategias de prevención e intervención del "burnout" en el ámbito educativo. *Salud Mental*, 28(5) 27-33. Recuperado <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58252804>
- Guerrero, E., Vicente, F., (2001). Síndrome de Burnout o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado. España: Cáceres.
- González, M. T., & Landero, R. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*. 12 (2) 189-198.
- González, M. T., & Rene, L. (2007). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): validación en una muestra mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*. 12 (2) 189-198.



- Guevara, M. del P., & Galán, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: hipertensión arterial y diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*. 1(1). 47-55.
- Labiano, M. (2009). Introducción a la psicología de la salud. En: Oblitas, L. A. (2009). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cengage Learning. Mexico. D.F. pp. 4-21.
- Marks, D. F., Murray, M. E., Brian, C. (2008). *Psicología de la salud: teoría, investigación y práctica*. Manual Moderno: México.
- Martin, M. J., Hernández, B. M., Arnillas, M. H., & García, M. (2009). Burn-out en el hospital: ¿estamos quemados los médicos?. *Medicina Balear*. 24(3); 29-33.
- Manassero, M. A., Vázquez, A., Ferrer, V. A., Fornés, J., & Fernández, M. del C., (2003). *Estrés y Burnout en la enseñanza*. Palma: UIB.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Meda, R. M., Moreno, B., Rodríguez, A., Morante, M. E., Ortiz, G. R. (2008). Análisis Factorial Confirmatorio del MIB-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*. 18(1) 107-116.
- Meichenbaum, D., Jaremko, M. E., (1987). *Prevención y reducción del estrés*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moreno, B., Rodríguez, A., Garrosa, E., & Morante, M. E. (2005). *Quemarse en el trabajo*. Egido Editorial Zaragoza. España. 161-183.
- Moreno, B., Seminotti, R., Garrosa, E., Rodríguez, R., & Morante M. E. (2005). El Burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*. 11(1): 87-100.

- Oblitas, L. A. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Av. Psicol.* 16(1) 9-38.
- Paris, L. & Omar, A. (2008). Predictores de salud laboral en médicos y enfermeros. *Estudios de Psicología.* 13(3): 233-244.
- Peña, R., Rodríguez, J. R. & López, J. M. (2004). Factores asociados a la gestión de quejas contra médicos que laboran en hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México.* 46(3) pp. 210-215. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/files/File/2004/num%203/factores.pdf>
- Peralta, M. I., Robles, H., Navarrete, N., Jiménez, J. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud Mental.* 32: 251-258.
- Pereda, L., Marques, F. G., Hoyos, M. T., & Yáñez, M. I. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental.* 32. 399-404
- Pelicioni, M C F; Werner Sebastiani, R; Chiattonne, H B; (2002). La Psicología de la Salud Latinoamericana: hacia la promoción de la salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology,* 2(1) 153-172. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33720108>
- Piña López, J A; (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e Investigación en Psicología,* 15(2) 233-255. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215980001>
- Pistelli, Y., Perochena, J., Moscoloni, N. & Tarrés, M. C. (2011). Síndrome de desgaste profesional en médicos pediatras. Análisis bivariado y multivariado. *Arch Argent Pediatr.* 109(2): 129-134.
- Piñeiro, M. (2013). Estrés y factores relacionados en el personal sanitario de hospitalización psiquiátrica: un estudio de prevalencia. *Enfermería Global* 31: 125-150.
- Reynoso, L., & Seligson, I. (2002). Psicología y Salud en México. En *Psicología y Salud* (pp. 13-32). México: UNAM.

- Rodríguez, M. de L. (2015). *Análisis Contingencial*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México
- Rodríguez, A., Zarco, V., & Gonzales, J. M. (2009). *Psicología de trabajo*. Pirámide. Madrid: España.
- Rodríguez, C., Oviedo, A. M., Vargas, M. d. L., Hernández, V. & Pérez, M. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades*, X (19): 179-193. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18411965011>
- Sandín, B. & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): desarrollo y validación preliminar. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 8(1): 39-54.
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B., & Zechmeister, J. S. (2007). *Métodos de Investigación en Psicología*. México: Mc Graw Hill
- Soriano, J., & Monsalve, V. (2005). El afrontamiento del dolor crónico. *Boletín de psicología*. 84: 91-107.
- Stone, G. C. (1988). Psicología de la Salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de psicología*. 20(1): 15-26.
- Quiceno, J. M. & Vinaccia, S. (2007). Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". *Acta Colombiana de Psicología*, 10(2) 117-125. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79810212>
- Valadez, A., Bravo, M. C., Vaquero, J.E. (2012). *Estrés Laboral, Síndrome de burnout. Estrategias de afrontamiento en docentes universitarios*. México: FESI.
- Valdez, H. (2009). Detección y tratamiento del síndrome de Burnout en el sistema penitenciario de Jalisco. *Waxapa*. 1(1) 24-34.
- Viloria, H. & Paredes, M. (2002). Estudio del síndrome de Burnout o desgaste profesional en los profesores de la Universidad de Los Andes. *Educere*, 6(17): 29-36. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35601704>

Weber, A., & Jaekel, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies?.  
*Occup. Med.* 50 (7) 512-517.

## 8. ANEXOS

- *Anexo 1 Cuestionario de Datos Sociodemográficos*

**Instrucciones.** A continuación le presentaremos una serie de preguntas, las mismas nos darán información relevante sobre el tema a que se está desarrollando la investigación, por no omita responder ninguna pregunta.

Edad:\_\_\_\_\_ Genero:\_\_\_\_\_ Universidad de procedencia:\_\_\_\_\_

Especialidad:\_\_\_\_\_ Años de ejercicio profesional:\_\_\_\_\_

Institución en que labora:\_\_\_\_\_

Estado de la República:\_\_\_\_\_

## - Anexo 2 Maslach Burnout Inventory (MBI)

## ENCUESTA

## MBI (Maslach, 1986)

## Instrucciones

Señale en cada uno de los reactivos la opción que considere se aplica a su caso. Responda de acuerdo al siguiente código.

0 NUNCA	1 POCAS VECES AL AÑO	2 UNA VEZ AL MES O MENOS	3 POCAS VECES AL MES	4 UNA VEZ A LA SEMANA	5 POCAS VECES A LA SEMANA	6 TODOS LOS DÍAS
------------	----------------------------	--------------------------------	----------------------------	-----------------------------	---------------------------------	------------------------

REACTIVO	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	0	1	2	3	4	5	6
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	0	1	2	3	4	5	6
4. Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	0	1	2	3	4	5	6
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	0	1	2	3	4	5	6
6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
8. Siento que mi trabajo me está desgastando	0	1	2	3	4	5	6
9. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
10. Siento que me he hecho más duro con la gente	0	1	2	3	4	5	6
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente trabajo	0	1	2	3	4	5	6
12. Me siento con mucha energía en mi	0	1	2	3	4	5	6
13. Me siento frustrado en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	0	1	2	3	4	5	6
15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	0	1	2	3	4	5	6
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
18. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	0	1	2	3	4	5	6
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	0	1	2	3	4	5	6
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	0	1	2	3	4	5	6
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	0	1	2	3	4	5	6
22. Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	0	1	2	3	4	5	6

## - Anexo 3 Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

**Cuestionario de Afrontamiento del Estrés**

*Instrucciones:* Rodee el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento que se indican. Al responder haga referencia a los problemas relacionados con la hemofilia y a otros aspectos de su vida.

Responda de acuerdo al siguiente código

0                      1                      2                      3                      4  
*Nunca    Pocas veces            A veces            Frecuentemente            Casi siempre*

<b>¿Cómo se ha comportado <i>habitualmente</i> ante situaciones de estrés?</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Descargué mi mal humor con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Asistí a la Iglesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Intenté sacar algo positivo del problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Insulté a ciertas personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Me comporté de forma hostil con los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Agredí a algunas personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Procuré no pensar en el problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me irrité con alguna gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Recé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Intenté olvidarme de todo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



#### Anexo 4 Consentimiento Informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que:

- **Consiento de manera voluntaria participar en la investigación,** la cual tiene como objetivo observar y analizar la correlación existente del nivel de *burnout* y el tipo de afrontamiento que presentan profesionales de la salud relacionados con la hemofilia.
- Certifico que se **me han informado sobre las actividades** que se llevarán a cabo.
- Entiendo que **conservo el derecho de retirarme** de la evaluación en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello me afecte.
- Autorizo que los datos que surjan a partir de este proyecto **sean analizados estadísticamente y en su caso publicados.**
- Me han dado seguridad sobre los datos relacionados con mi participación en cuanto a la **confidencialidad** y manejo con fines de investigación.

---

Firma de autorización y aceptación