

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE DESGASTE LABORAL Y
LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES
DE LA SALUD EN LOS DIF DE LA REGIÓN DEL VALLE
DEL PILÓN

TESIS

PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL DE LOS
REQUISITOS PARA EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA

POR:

NANCY STEPFANIE BENÍTEZ MARTÍNEZ

CIB

Ej.1



73756

NOVIEMBRE 2012

723
57r
2

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS
CENTRO DE INFORMACION-BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE DESGASTE LABORAL Y,
LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES
DE LA SALUD EN LOS DIF DE LA REGIÓN DEL VALLE
DEL PILÓN

TESIS

PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL DE LOS
REQUISITOS PARA EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
PSICOLOGÍA CLÍNICA

POR:

NANCY STEPFANIE BENÍTEZ MARTÍNEZ

NOVIEMBRE 2012

73756

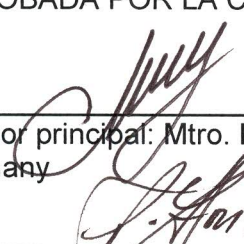
EXISTE RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE DESGASTE LABORAL
Y LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES
DE LA SALUD DE LOS DIF DE LA REGIÓN DEL VALLE DEL
PILÓN ADMINISTRACIÓN 2009- 2012


Tesis
presentada en cumplimiento parcial
de los requisitos para el título de
Licenciatura en Psicología Clínica

por

NANCY STEPFANIE BENÍTEZ MARTÍNEZ

APROBADA POR LA COMISIÓN:


Asesor principal: Mtro. Miguel Angel
Alemany


Directora del protocolo de tesis:
Mtra. Susana Campos


Miembro: Dr. Pedro González


Miembro: Dr. Jaime Rodríguez G.

28 - Noviembre - 2012
Fecha de aprobación

RESUMEN

RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE DESGASTE LABORAL Y LOS
ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
EN LOS DIF DE LA REGIÓN DEL VALLE DEL PILÓN

por

Nancy Stepfanie Benítez Martínez

Asesor principal: Miguel Alemany Naveiras

RESUMEN DE TESIS DE LICENCIATURA

Universidad de Montemorelos

Facultad de Psicología

Título: RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE DESGASTE LABORAL Y LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DE LOS DIF DE LA REGIÓN DEL VALLE DEL PILÓN

Investigador: Nancy Stepfanie Benítez Martínez

Asesor: Miguel Ángel Alemany Naveiras, Licenciado en Psicología Clínica

Fecha de terminación: Noviembre de 2012

Problema

Esta investigación pretendió conocer si existe relación entre el síndrome de desgaste laboral y los estilos de afrontamiento del estrés en los profesionales de la salud que laboran en los DIF de la región del Valle del Pílon.

Metodología

La investigación fue cuantitativa, descriptiva y correlacional, basada en un muestreo por censo. Los datos se recolectaron mediante dos cuestionarios que se aplicaron a 60 profesionales de la salud de los DIF de la región del Valle del Pílon del estado de Nuevo León.

Resultados

Los resultados demuestran relaciones significativas entre el estilo evasivo y negación con la dimensión del cansancio emocional. También se observó que los estilos de distanciamiento, evasivo y negación son frecuentemente utilizados por los hombres. Manteniendo una relación con el cansancio emocional.

En cuanto a las variables demográficas se observó que la antigüedad y la edad presentan una relación significativa con la realización personal. Por último se encontró una diferencia en el estilo de análisis cognitivo reflexivo en género, donde de acuerdo a la media las mujeres son las que utilizan con mayor frecuencia este estilo de afrontamiento.

Conclusiones

En general se concluyó que el estilo evasivo y de negación presenta una relación significativa con el inicio de síntomas de agotamiento emocional. Así mismo se observó que la dimensión de despersonalización y realización personal no mantiene relación con los estilos de afrontamiento.

Recomendaciones

De acuerdo con los resultados obtenidos se recomienda que el profesional de salud conozca cuál es su nivel de desgaste laboral y que estrategias de afrontamiento utilice ante situaciones de estrés. Con el propósito de disminuir el agotamiento físico y emocional fomentando una mejor productividad a la institución.

Universidad de Morelos

Facultad de Psicología

RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE DESGASTE LABORAL Y LOS
ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
DE LOS DIF DE LA REGIÓN DEL VALLE DEL PILÓN

Tesis
presentada en cumplimiento parcial de los requisitos para obtener
el título de Licenciatura en Psicología Clínica

por

Nancy Stepfanie Benítez Martínez

Noviembre de 2012

DEDICATORIA

A mis padres Manuel Benítez y Rocío Martínez a quienes admiro y amo profundamente.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	vi
RECONOCIMIENTOS	vii

Capítulo:

I. NATURALEZA Y DIMENSIÓN DEL PROBLEMA	1
Introducción	1
Definición del problema	3
Declaración del problema	4
Hipótesis	4
Objetivos de la Investigación	4
Propósito de la investigación	5
Importancia y justificación	5
Limitaciones	6
Delimitaciones	6
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	7
Introducción	7
Estrés Laboral	7
Síndrome de desgaste laboral	8
Desarrollo histórico del SDL	8
Conceptualización del síndrome de desgaste laboral (SDL)	9
Sintomatología del SDL	11
Diferencias y similitudes entre el estrés y el SDL	13
Modelos Psicosociales del SDL	15
Modelo Sociocognitivo del yo	15
Modelo Organizacional	16
Modelo Estructural e integrador	17
Estudio del SDL y Profesionales de la Salud	18
El SDL en Médicos	19

El SDL en Enfermeros.....	20
El SDL en Odontólogos.....	21
El SDL en Trabajadores sociales.....	22
El SDL en Psicólogos.....	23
El SDL en Fisioterapeutas.....	24
Afrontamiento.....	25
Valoración primaria.....	26
Valoración secundaria.....	26
Afrontamiento desde la perspectiva de Lázarus y Folkman; Error! Marcador no de	
Modos del Afrontamiento.....	27
Afrontamiento dirigido a la emoción.....	27
Afrontamiento dirigido al problema.....	28
Estrategias de Afrontamiento (EA).....	28
Recursos para el Afrontamiento.....	31
Investigaciones del SDL y afrontamiento en México.....	33
SDL, Afrontamiento y Profesional de Salud.....	34
III. MARCO METODOLÓGICO.....	38
Introducción.....	38
Tipo de investigación.....	38
Población.....	39
Hipótesis nula.....	39
Operacionalización de variables.....	40
Síndrome de Desgaste Laboral.....	40
Definición conceptual.....	40
Definición instrumental.....	40
Definición operacional.....	41
Validez y confiabilidad.....	43
Estrategias de Afrontamiento.....	44
Definición conceptual.....	44
Definición Instrumental.....	45
Definición operacional.....	46
Validez y confiabilidad.....	46
Procedimiento para la recolección de los datos.....	47

Procedimiento para el análisis de datos	48
IV. RESULTADOS.....	50
Introducción	50
Descripción de la muestra	50
Variables principales.....	51
Síndrome de desgaste laboral.....	51
Estilos de afrontamiento	52
Prueba de hipótesis	53
Hipótesis nula	53
Otros hallazgos.....	55
Influencia del SDL y los estilos de afrontamiento según el género.....	55
Diferencias en desgaste laboral según el género	55
Diferencias en estilos de afrontamiento según el género	57
V. RESUMEN, DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	59
Introducción	59
Resumen	59
Discusión	60
Conclusiones	66
Recomendaciones	67
Apéndice	
A. INSTRUMENTO MBI-HSS	69
B. ESCALA DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO.....	72
C. COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES.....	74
D. COMPORTAMIENTO DE LAS DECLARACIONES	88
E. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS COMPLEMENTARIOS	90
LISTA DE REFERENCIAS.....	95

LISTA DE TABLAS

1. Ítems por dimensión y forma de evaluación del SDL.....	50
2. Operacionalización de hipótesis y variables	56
3. Ocupaciones de los profesionales de la salud.....	59
4. Descripción de la media de las dimensiones del SDL.....	60
5. Descripción de la media de los estilos de afrontamiento.....	61
6. Correlaciones entre dimensiones del SDL y estilos de afrontamiento...	62

RECONOCIMIENTOS

A Dios, por darme fortaleza día con día y estar conmigo en cada momento de mi vida.

A mis padres y hermanos, quienes me ofrecieron su apoyo y su amor durante mi desarrollo profesional.

A mis asesores, Mtro. Miguel Alemany, Dr. Jaime Rodríguez y Dr. Pedro González, por su paciencia, orientación y apoyo durante el desarrollo de esta investigación.

A las Instituciones de los DIF de la Región del Valle del Pilon que me permitieron hacer uso de los instrumentos de investigación en sus profesionales de salud.

A la Universidad de Montemorelos por la formación académica que me ha brindando.

A mis profesores y amigos que durante este proceso me brindaron su cariño y apoyo.

CAPÍTULO I

NATURALEZA Y DIMENSIÓN DEL PROBLEMA

Introducción

El estrés forma parte de la vida cotidiana de un número significativo de personas en el mundo. Es por esto que se le considera “la enfermedad del siglo XXI”. Siendo este síndrome un fenómeno dinámico, vigente, interesante y complejo de definir (Fernández, 2009).

El humano continuamente debe enfrentar contrariedades y demandas que el mundo actual le exige. La reformulación de objetivos, metas, el adquirir un mayor grado de autonomía, la adaptación al ritmo de vida acelerado y la seguridad, propician a que el hombre este sometido al estrés y a sus posibles consecuencias negativas (Rodríguez, Roque y Molerio, 2002).

Entre los factores contextuales que originan el estrés, se destaca la falta de control sobre el trabajo; el cual, forma parte importante de la vida adulta del ser humano, debido a que establece el nivel económico del sujeto e introduce un sentido de identidad y pertenencia (Wright, 1999).

Sin embargo, puede provocar efectos negativos en los empleados si no se atienden sus necesidades y si se exigen actividades que no compatibilizan con las capacidades del trabajador, esto puede tener una serie de consecuencias a nivel individual, familiar y socio laboral –índice de accidentes laborales, absentismo, etc. (Blandin y Martínez, 2005).

Ciertos estudios relacionados con el estrés laboral, han revelado que los profesionales que laboran en áreas de la salud son una población vulnerable a sufrir estrés, esto puede deberse a que su ambiente de trabajo es considerado de alta responsabilidad ante las exigencias y cuidado de los pacientes (Escribá, Martín y Pérez, 2006).

El desgaste continuo que se produce en los profesionales de la salud genera una constante carga emocional, llevando casi invariablemente al agotamiento del sujeto. Quien comienza a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes cínicas hacia sus pacientes. Dichas conductas van erosionando la autopercepción de competencia y realización profesional. Y como consecuencia, se erige una serie de etapas que ocasionan un síndrome denominado Burnout o síndrome de desgaste laboral (Maslach y Jackson, 1979).

Estudios realizados en Estados Unidos revelan que 30% de 11 millones de empleados de los servicios de salud, están expuestos al estrés mental debido a su lugar de trabajo. Un estudio realizado a enfermeras en México se encontró que las causas del absentismo relacionadas al estrés laboral incluyen 36.5% de todas las inasistencias en un año, 28% los accidentes de trabajo y un 27.7% por enfermedad general (Antai-Otong, citado en Hernández, Cerezo y López, 2007). Lo cual indica, que los profesionales sanitarios mantienen una tendencia a padecer mayores problemas de salud que otras ocupaciones (Juárez, 2004).

Para prevenir y manejar de una manera eficaz el síndrome de Burnout es necesario que el profesional de salud conozca cuáles son las estrategias de afrontamiento que emplea. Es decir, si dichos estilos de afrontamiento disminuyen la per-

cepción amenazante de la situación o aumenta el estrés psicológico y por ende sus efectos en el plano físico, emocional y laboral, respectivamente (Jaramillo, Ruiz y Pardo, 2009).

Definición del problema

Las profesiones y actividades laborales generan diferentes grados de estrés. Pero, el trabajo vinculado con la atención de la salud se caracteriza por algunos estresores únicos que son el resultado de una actitud de intensa dedicación al cuidado de la vida de los demás (Paris y Omar, 2009).

Investigaciones actuales han centrado su atención en el estudio de las profesiones asistenciales -especialmente las profesiones de la salud- (Bernardo y Justicia, 2007), las cuales son más propensas de adquirir un cuadro de tensión emocional que desarrolla el síndrome de desgaste laboral (Jaramillo, Ruiz y Pardo, 2009).

Diversos estudios han encontrado que el origen del SDL puede surgir cuando las estrategias de afrontamiento no son las adecuadas para disminuir las situaciones de estrés. Produciendo sentimientos de baja realización personal, agotamiento emocional ocasionando serias repercusiones en el cuidado de los pacientes (Gil Monte y Peiró, 1999; Benzur y Michael, 2007).

Por tanto, el empleo de estrategias de afrontamiento adecuadas puede ayudar en gran medida en la prevención y desarrollo del síndrome de desgaste laboral.

De acuerdo a estas premisas, la presente investigación toma en cuenta las siguientes variables: síndrome de desgaste laboral y estrategias de afrontamiento, en una muestra de profesionales de la salud que laboran en los DIF de la región del Valle del Pílon, administración 2009-2012, Nuevo León.

Declaración del problema

Según los aspectos descritos se plantea la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre el síndrome de desgaste laboral y los estilos de afrontamiento en profesionales de la salud de los DIF de la región del Valle del Pílon administración 2009-2012?

Hipótesis

De acuerdo a la pregunta de investigación enunciada surge la siguiente hipótesis:

Hi: Existe relación entre las dimensiones del síndrome de desgaste laboral (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y los estilos de afrontamiento (evasivo, reevaluación positiva, distanciamiento, negación y análisis cognitivo-reflexivo) de los profesionales de la salud que laboran en los DIF de la región del Valle del Pílon de la administración 2009-2012, Nuevo León.

Objetivos de la Investigación

Los objetivos de la investigación son los siguientes:

1. Describir el perfil del síndrome de desgaste laboral en el profesional de la salud que labora en los DIF de la región del Valle del Pílon de la administración 2009-2012.
2. Analizar los estilos de afrontamiento en el profesional de la salud que labora en los DIF de la región del Valle del Pílon de la administración 2009-2012.
3. Conocer la relación entre el síndrome de desgaste laboral y las estrategias de afrontamiento en el profesional de salud que labora en los DIF de la región del Valle del Pílon de la administración 2009-2012.

Propósito de la investigación

El propósito de esta investigación es dar a conocer los resultados a cada una de las instituciones evaluadas que así lo requieran o de forma individual a cada profesional de salud. Todo esto con la finalidad de que conozcan cuál es el nivel de desgaste laboral y cuáles son las estrategias de afrontamiento que comúnmente utilizan, desarrollando o manteniendo nuevas estrategias de afrontamiento de carácter individual, que serán de utilidad para el manejo de situaciones estresantes, promoviendo el bienestar personal así como laboral.

Importancia y justificación del problema

Según referencias emitidas por la OMS y la OIT el estrés ocupa un lugar importante en las causas inmediatas a los accidentes y la aparición de problemas de salud física y mental (Lozada y García, 2010).

Estudios recientes afirman que los profesionales que laboran en ambientes hospitalarios ejercen un control mental y emocional mucho mayor que otras profesiones. Esto se debe a la gran necesidad que otras personas requieren de ellos. Lo cual incrementa la probabilidad de manifestar síntomas característicos del Burnout, afectando la salud del trabajador y la interacción con el paciente (Wanderley, Hitomi y Sampiao, 2007).

Por lo tanto, debido a la importante labor que desempeña diariamente el profesional sanitario, es necesario que se encuentre en plena salud física y psicológica. Así como el mantener estrategias de afrontamiento adecuadas, ante la demanda de situaciones de estrés (Cáceres, 2006).

Limitaciones

El instrumento de medición se aplicó únicamente a los profesionales que se encontraban disponibles en el momento de la aplicación.

Delimitaciones

Por razones de poca accesibilidad se delimitó únicamente a una muestra derivada de profesionales de la salud de los DIF de la Región del Valle del Pílon durante la administración 2009-2012.

No se involucraron variables como la satisfacción laboral y personalidad debido a que el interés del estudio estuvo enfocado en encontrar la relación del desgaste laboral con los estilos de afrontamiento.

En el presente estudio no se proveyó herramientas de prevención y solución para la disminución del desgaste laboral, ni estrategias para el desarrollo de estilos de afrontamiento.

5),

ias

ica

no

ial,

de

go,

lis-

no-

ro-

les

es,

sín-

ga-

su

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Introducción

En este capítulo se presenta el sustento teórico de la investigación. En primera instancia se realiza una descripción del concepto del estrés laboral y el síndrome de desgaste laboral (SDL) empleado por distintos autores. Así mismo se encuentran las diferencias y semejanzas entre el estrés y el síndrome de desgaste laboral. Posteriormente, se desglosan los diferentes modelos del síndrome de desgaste laboral así como sus posibles causas, síntomas y consecuencias. Por otro lado, se dedica otra sección para hacer una reseña del modelo de estrés de Lázarus y Folkman incluyendo la definición, función y estrategias del afrontamiento. Y por último se presenta la relación del síndrome de desgaste laboral y las estrategias de afrontamiento en los profesionales de la salud.

Estrés Laboral

Son muchas las situaciones que actualmente producen estrés, una de ellas sin lugar a duda se relaciona con la actividad laboral.

Los últimos avances de la ciencia y la tecnología ha producido serias repercusiones y modificaciones en el estilo de vida del individuo, causando con mucha frecuencia el estrés el cual influye en todas las regiones del mundo y desde luego México no está exento (Dávalos, 2005).

La Organización Mundial de la Salud citado en Leka, Griffiths y Cox (2005), define el estrés laboral como la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades (2005).

Lipko y Dumeynieu (2004) definen el estrés laboral como una respuesta física y emocional nociva, que se desencadena cuando los requerimientos del trabajo no son compatibles con las capacidades, recursos o necesidades de los trabajadores.

De acuerdo a una investigación realizada a seis mil empresas a nivel mundial, México se situó como el segundo país con más estrés laboral con un 30% y 40% de profesionales que decían padecer estrés laboral durante el año 2010. Sin embargo, investigaciones de la misma índole reportaron que durante el año 2011 México disminuyó su estrés laboral a un 18% (Castillejos, 2012).

El ambiente laboral suele traer ciertos beneficios ya que mantiene activo y motivado al trabajador. Sin embargo, cuando la presión suele ser excesiva y descontrolada por el trabajador se desarrolla una serie de consecuencias negativas las cuales si no se intervienen a tiempo pueden detonar síntomas de estrés laboral (Cáceres, 2006).

Síndrome de desgaste laboral

Desarrollo histórico del SDL

Cada vez es mayor el número de profesionales que padecen Burnout o síndrome de desgaste laboral, lo cual ha incrementado el interés en diversos investigadores por la trascendencia que presenta tanto en la salud del individuo como en su productividad laboral.

Desde la década de los setenta el interés por este fenómeno dio inicio a distintas investigaciones. Freudemberger (1974) dio a conocer por primera vez el constructo del síndrome de Burnout o síndrome de desgaste laboral en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Donde observó que al año de trabajar la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, ocasionando un agotamiento emocional, pérdida de motivación, así como una variedad de síntomas físicos y psicológicos.

Durante el mismo periodo Maslach (1977) citada en Ortega y López (2004) dio a conocer la palabra Burnout de forma pública en el congreso Anual de la Asociación de Psicología Americana (APA). Años más tarde lo describió como “situación frecuente entre trabajadores de servicios humanos quien después de meses o años de dedicación, terminan quemándose”.

A principios de la década de los 80, Maslach y Jackson (1983) citadas en Schaufeli y Enzeman (1998) crean el Maslach Burnout Inventory (MBI), donde identifican a los profesionales de la salud como uno de los grupos con medias más altas en los diferentes componentes del síndrome. Constituyéndolos como uno de los grupos profesionales más estudiados bajo este concepto

Conceptualización del síndrome de desgaste laboral (SDL)

Una sensación de fracaso o sensación de existencia agotada y gastada es provocada por una sobre carga de existencias y carencia de recursos personales del trabajador, que pueden ser indicativos del síndrome de Burnout (Freudenberger, 1974).

La palabra "Burnout", es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado y exhausto a causa del trabajo (Aranda, 2006). Con el paso de los años se le ha otorgado distintas denominaciones como quemarse en el trabajo, quemazón profesional, síndrome del estrés laboral asistencial, síndrome de desgaste laboral, entre otros (Boada, Vallejo y Argulló, 2004).

Con base en distintas investigaciones, el término del síndrome de desgaste laboral ha presentado diferentes connotaciones.

Gil Monte (2007) lo describe como respuesta al estrés laboral crónico, ocasionado principalmente en profesionales que trabajan en contacto con clientes o usuarios de una organización. Del mismo modo Pines y Aronson (1988) conceptualizan al SDL como un estado en el que la fatiga emocional, física, sentimientos de indefensión, falta de interés por el trabajo y baja autoestima, son consecuencias generadas por involucrarse un tiempo prolongado en situaciones laborales emocionalmente demandantes.

El fenómeno del SDL, ha sido estudiado principalmente en las organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los clientes. Esto, se debe a la implicación emocional que conlleva el cuidado de otras personas (Grau, 2008).

Existe una gran cantidad de conceptualizaciones que hay sobre el síndrome de desgaste laboral. Sin embargo, el concepto empleado por Maslach y Jackson (1982) citadas en Ortiz y Ortega (2009) actualmente es el más utilizado definiéndolo como un síndrome de estrés crónico caracterizado por agotamiento emocional (refiriéndose a la disminución y pérdida de recursos emocionales), despersonalización (consiste en el desarrollo de actitudes negativas, insensibilidad y cinismo hacia los receptores

de servicio prestado) y baja realización personal (tendencias a evaluar el trabajo propio de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima), que surge en aquellas profesiones de servicios que se distinguen por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia.

En el contexto actual, se puede entender al SDL como un trastorno que surge dentro del ambiente de trabajo que afecta principalmente a profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas. Suscitando un agotamiento emocional, apatía, cinismo y falta de realización personal (Capilla, 2000).

Sintomatología del SDL

Las secuelas que ocasiona el proceso del desgaste laboral repercuten en el individuo tanto a nivel fisiológico como psicológico, lo cual produce un conjunto de signos y síntomas nocivos para su salud.

Según el Diccionario de La Lengua Española se le considera síndrome a la agrupación de signos y síntomas característicos de una enfermedad (REA, 2001). Por lo tanto, de acuerdo a la sintomatología del desgaste laboral se ha considerado incluirlo dentro de los trastornos adaptativos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM -V-TR). Colocándolo dentro del subtipo no especificado donde los síntomas deben presentarse durante los primeros tres meses, calificándolo como agudo o crónico si su duración es más de seis meses.

Siguiendo esta dirección Gil Monte (2002) define, que el SDL es un conjunto de signos y síntomas que manifiesta el individuo como respuesta al estrés crónico laboral, el cual no aparece repentinamente, sino que conlleva una secuencia de

tiempo, de este modo, el origen del SDL desarrolla una sintomatología física y psicológica.

La sintomatología física, se caracteriza por la similitud con la sintomatología del estrés laboral. Algunos síntomas que pueden presentarse son: fatiga crónica, alteraciones de sueño, insomnio, trastornos gastrointestinales, frecuentes dolores de cabeza, dolor muscular, crisis asmáticas, alergias, etc. (Sandrin, 2005). Así mismo, incrementa la probabilidad de padecer alteraciones cardiovasculares, detonando enfermedades coronarias e hipertensión (Arís, 2009), alteraciones menstruales y disfunciones sexuales (Sandstrom, Rhodin, Lundberg, Olsson y Nyberg, 2005).

Es importante conocer que no todos los síntomas relacionados con el SDL detonan dicho síndrome. Para considerar que un síntoma forma parte del Burnout es necesario analizar el inicio y proceso de la patología, así también observar el desarrollo de actitudes y comportamientos del sujeto.

La sintomatología psicológica del SDL se evalúa a través del Maslach Burnout Inventory (MBI), ya que su conceptualización ha sido determinante en la evaluación y estudio de este constructo psicológico.

Maslach y Jackson citadas en Gálvez, Moreno y Mingote (2011) demostraron que la sintomatología psicológica del SDL lleva un orden secuencial compuesto por tres dimensiones el primero de ellos se refiere al agotamiento o cansancio emocional: situación en la que los trabajadores perciben que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo ya que se encuentran emocionalmente agotados por la atención diaria y mantenida a personas con problemas. Esta dimensión, es considerada como básica para el desarrollo del SDL.

La segunda dimensión hace referencia a la despersonalización iniciándose con la presencia de actitudes impersonales y negativas hacia los usuarios de sus servicios, el trabajador los ve de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo que puede llegar a culpabilizarles de sus problemas (Alcover, 2004).

Por último, el tercer aspecto es la falta de realización personal. Que se caracteriza por la tendencia a evaluarse negativamente, especialmente en torno a las propias habilidades laborales y a su relación con las personas que atienden. Esta evaluación negativa afecta en la capacidad para realizar el trabajo, así como para relacionarse con sus pacientes, dando hincapié a que el trabajador se sienta descontento e insatisfecho provocando una baja autoestima en el profesional.

Diferencias y similitudes entre el estrés y el SDL

Durante mucho tiempo el término estrés y el SDL han sido considerados como fenómenos similares, ocasionando una confusión conceptual cuestionando incluso la existencia del desgaste laboral. No hay duda de que el estrés y el SDL se encuentren estrechamente relacionados, pero para evitar cierto tipo de confusión es necesario conocer y diferenciar su conceptualización (Lozada y García, 2010).

Selye citado en Sandín (2004) define el término estrés como: la respuesta global a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional y fisiológico de la persona.

De acuerdo a este concepto se puede concluir que el estrés se detona por factores que desequilibran al sujeto internamente y/o externamente a causa de una difícil adaptación. Ocasionado un esfuerzo extra por parte de la persona para mantener

un estado de equilibrio dentro de sí mismo y en su ambiente, deduciendo así, que el organismo tiende a estresarse cuando no se adapta.

Por otro lado, el síndrome de desgaste laboral tiene que ver con algo más profundo y completo, debido a que involucra malestares físicos, emocionales y sociales. Este síndrome, consiste en una serie de cambios en la actitud y el comportamiento del trabajador, detonando un progresivo desinterés en el que predominan la apatía, la desmotivación, la rigidez y la actitud cínica hacia el paciente y sus compañeros de trabajo.

En conclusión, el SDL es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos que requieren de un esfuerzo principalmente emocional. No es algo que aparece repentinamente como respuesta a un hecho concreto (como el estrés), y tampoco produce efectos positivos en la persona como el estrés, el cual se da por medio del eustrés (Nolasco, 2011).

Otra de las diferencias entre el estrés y el SDL, se observan por medio del tipo de daño que ocasionan al sujeto, el estrés principalmente genera un daño fisiológico como el agotamiento o falta de energía física. Por otro lado, el desgaste laboral ocasiona un daño emocional afectando la motivación y la energía física del sujeto (Lozada y García, 2010).

Debido a las diversas conceptualizaciones y procesos del SDL se han propuesto varios modelos describiendo el proceso desde el punto de vista de diversos autores, puntualizándolos a continuación.

Modelos psicosociales del SDL

La etiología del síndrome de desgaste laboral se ha considerado como un tema polémico dentro del área de la investigación por las diversas causas y consecuencias que lo detonan.

Durante el desarrollo de esta investigación se destacaron los siguientes modelos: el Modelo sociocognitivo del yo, Modelo organizacional y el Modelo estructural e integrador.

Modelo socio cognitivo del yo

Este modelo estudia los mecanismos psicológicos que intervienen en la conducta del individuo; considerando que las causas que detonan el SDL se deben básicamente a dos ideas principales: las cogniciones y la autoconfianza de la persona.

Las cogniciones influyen en el pensamiento y en la acción, alterándose por los efectos de sus acciones y la acumulación de consecuencias observadas en los demás.

La autoconfianza de la persona, determina el empeño para la consecución de objetivos y la facilidad o dificultad para conseguirlos. Así mismo, determina las reacciones emocionales que acompañan a la acción como la depresión y el estrés (Ramírez y Rangel, 2005).

Para integrar de manera eficaz el modelo sociocognitivo del yo diversos autores emplearon una serie de ideas que describen las posibles causas del SDL, así como antecedentes y consecuencias del mismo.

Harrison (1983) citado en Gil Monte y Peiró (1999) sustenta que los factores de ayuda y de barrera que posee cada individuo pueden dar pie al desarrollo o pre-

vención del SDL. Entre los factores de ayuda se mencionan: a) la existencia de labores realistas, b) la capacitación profesional y c) la toma de decisiones. Entre los factores de barrera se encuentran: la ambigüedad del rol, la sobrecarga laboral, los conflictos interpersonales, las disfunciones de rol, etc. Los factores de ayuda junto con una alta motivación tendrán resultados de beneficio, aumentando así el sentimiento de autoeficacia y disminuyendo la probabilidad de adquirir el SDL. En cambio, si el individuo presenta factores de barrera, dificultan el logro de metas, disminuyendo el sentimiento de autoeficacia apareciendo así el SDL.

De acuerdo al modelo de Pines (1993) el SDL radica cuando el sujeto presenta alta motivación y altas expectativas en su actividad laboral. Detonándose ante algún fracaso o desilusión en el trabajo, ocasionado un agotamiento físico, emocional y mental. Esto explica porqué las personas con baja motivación pueden experimentar estrés, pero no desarrollar síntomas de desgaste laboral.

Thompson, Page y Cooper (1993) citados en Grau (2008) descubrieron que la autoconfianza profesional es una de las variables que determina el síndrome de desgaste laboral junto con la aparición de cuatro factores: 1) discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto, 2) el nivel de autoconciencia, 3) las expectativas del éxito y 4) los sentimientos de autoconfianza. Por lo que los autores refieren, que ante reiterados fracasos de estos factores el sujeto tiende a desarrollar síntomas del SDL.

Modelo Organizacional

El modelo organizacional, concluye que la aparición del SDL se debe a la interacción entre los estresores organizacionales (la estructura, el clima y el apoyo

percibido por la empresa) y las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores.

Dentro de éste modelo, Golembiewski y Carter (1988) citado en Grau (2008) proponen que el desarrollo del SDL se desarrolla por fases. Indicando en primer lugar el estrés desencadenado por la sobre carga laboral y la pobreza de rol, generando sentimientos de pérdida, autonomía y control, así como sentimientos de fatiga, irritabilidad y una disminución de la autoimagen positiva. En la segunda fase, el trabajador desarrolla estrategias de afrontamiento para alejar la situación amenazante y dependiendo de su eficacia se producirán actitudes de despersonalización dando hincapié al Burnout.

Cox, Kuz y Leiter (1993) citado en Grau (2008) consideran que el proceso del síndrome de desgaste laboral inicia con un agotamiento emocional detonando actitudes de despersonalización las cuales son manejadas como estrategias de afrontamiento que surgen ante el agotamiento emocional suscitando por último una baja realización personal.

Modelo estructural e Integrador

Este modelo se lleva a cabo desde la perspectiva de Gil Monte (2007) que consiste en integrar cada modelo de forma individual considerando el clima organizacional y las variables personales como: la autoeficacia, las relaciones interpersonales y las estrategias de afrontamiento.

El presente modelo conceptualiza al Burnout como: una respuesta al estrés laboral que se observa tras una reevaluación cognitiva, surgiendo cuando los recursos de afrontamiento son débiles o ineficaces ante la situación amenazante. Esta

respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, etc.).

Estudio del SDL y profesionales de la salud

Todas las profesiones y actividades laborales generan algún grado de estrés. Sin embargo, el trabajo vinculado con la atención de la salud se caracteriza por algunos estresores únicos que son el resultado de una actitud de intensa dedicación al cuidado de la vida de los demás.

Los profesionales de la salud se enfrentan diariamente a numerosos riesgos de diversa índole, por ejemplo, el cuidar de otras personas implica un trabajo emocional desgastante debido a la interacción y regularización de sus propias emociones y la de sus pacientes. Del mismo modo, el tener en sus manos el cuidado de la vida y salud de otros genera cierta tensión emocional, puesto que un error puede traducirse en consecuencias graves tanto para el paciente como para él mismo (Giardini, Frese y Liebig, 2006).

Ciertos estudios refieren que aproximadamente el 8% de los casos de enfermedades ocupacionales dentro del sector de salud son síntomas del SDL (Sundin, Hochwälder, Bildt y Lisspers, 2006).

Otros estudios añaden que las enfermedades cardiovasculares, psicósomáticas y los trastornos asociados con el estrés, propician un mayor deterioro en profesionales vinculados al servicio y bienestar de otros. Ocasionando un desgaste en la calidad de vida física y social del profesional (Shiron, Melamed, Toker, Berliner y Shapira, 2005; Weber y Jaekel Reinhard, 2000).

Al hablar de los profesionales de la salud no sólo nos referimos a los médicos, sino también a otras profesiones vinculadas a la asistencia sanitaria que están expuestas a situaciones estresantes. Por ejemplo, las enfermeras, odontólogos, psicólogos, nutriólogos, fisioterapeutas y trabajadores sociales. Teniendo estos en común la constante interacción con personas que demandan problemas.

El SDL en médicos

El SDL, es un problema que se está presentando en profesionales que trabajan directamente con personas. Afectando de manera especial a los médicos, por la sobrecarga de trabajo que presentan y el constante contacto con la sintomatología del paciente (Gil Monte y Peiró, 2000; Hernández, Castejón e Ibáñez, 2004).

Investigaciones realizadas en médicos mexicanos, refieren que la institución de salud donde labora el profesional influye en la evolución e incremento del síndrome. Aludiendo, que las instituciones privadas comúnmente detonan el SDL a diferencia de las instituciones públicas, lo cual, es un resultado interesante, ya que en México las instituciones públicas tienen una mayor demanda de trabajo (Alcocer, 2002; Pinelo y Salgado, 2002). Del mismo modo, en aquellos médicos que tengan malas relaciones con la institución laboral, aumenta la probabilidad del desarrollo o incremento del síndrome (Juárez, 2002).

Un estudio realizado en residentes de medicina interna de la Universidad de Washington, encontraron que el 76% de los médicos padecían de SDL (Shanafelt, Bradley, Wipf y Back, 2002). Así mismo, una investigación realizada en el Instituto

Mexicano del Seguro Social descubrierón que la prevalencia del SDL en médicos fue del 42,3% (Beltrán et al., 2005).

La sintomatología que desencadena el SDL o Burnout en médicos, es parecida a la que desarrolla cualquier profesional de la salud. Sin embargo, se ha encontrado que el agotamiento emocional y la despersonalización son conocidos como los principales componentes del desgaste laboral en médicos. Donde el cinismo, afecta principalmente a los hombres y el agotamiento emocional a las mujeres (Aguilar, 2002; Alcocer, 2002).

De los factores que pueden detonar el desgaste laboral en médicos se encuentra la falta de material en las instituciones, demandas legales, el consultar más de 20 pacientes por turno (dedicándoles más de 16 minutos) y laborar en más de una clínica (Rivera, 2004).

Por lo tanto, es importante que el médico reconozca los signos de alarma así como los factores que detonan el desgaste laboral. Debido a que este síndrome no sólo afecta el desempeño y la atención hacia sus pacientes, si no también, afecta su calidad de vida social así como familiar.

El SDL en enfermeros

Se considera que entre los profesionales de la salud, la enfermería es una de las ocupaciones donde existe mayor incidencia de desgaste laboral. Esto se debe a la exposición continua a situaciones difíciles y a las demandas emocionales que mantienen con sus pacientes (Bakker y Heuven, 2006).

Ciertos estudios, enfatizan que los detonantes comunes ante el desarrollo del desgaste laboral en enfermeras se relacionan principalmente con las condiciones

laborales donde radica. Incluyendo así: el horario rotativo, el material, la jornada nocturna, las responsabilidades jurídicas, la relación con sus compañeros, entre otros (Campos y Meza, 1990).

Una investigación realizada a enfermeras mexicanas concluyó, que las mujeres son un grupo más vulnerable a contraer Burnout debido a la doble carga de trabajo que realizan ante la responsabilidad familiar y con sus pacientes (Martínez y López, 2005).

El agotamiento emocional es una de las principales manifestaciones del SDL en profesionales de enfermería, lo cual conlleva a sentimientos de angustia e irritabilidad. Ocasionando una baja satisfacción laboral e incrementando quejas físicas y psicológicas, provocando absentismos y deficiencia ante el cuidado del paciente (Gelsema, Maes, Akerboom, Verhoeven y Doef, 2005).

El SDL en odontólogos

Otro grupo no muy estudiado por esta problemática, son los cirujanos dentistas. Estos profesionales al igual que los médicos y enfermeras presentan cifras importantes del SDL.

Estudios realizados en países como Reino Unido, Finlandia y Holanda concluyeron que aproximadamente el 12% de los dentistas en Reino Unido se encontraban en riesgo de agotamiento, y en dentistas holandeses de un 13-16%, mientras que el 3%, se consideraban estar completamente quemados durante su vida profesional (Brake, Bouman, Gorter, Hoogstraten y Eijkman, 2007).

Osborne y Croicher citados en Visoso, Sánchez y Montiel (2012) investigadores del departamento de Salud Dental Pública del hospital de Londres encontraron

evidencia de que algunos odontólogos sufrían altos niveles de estrés relacionados con su trabajo, asociándolo con su estado civil, nivel de escolaridad y tiempo de antigüedad en el trabajo, ocasionándoles síntomas de desgaste laboral.

En cuanto a los factores causales del SDL en odontólogos, se encuentra, que entre mayor sea la institución donde labora, mayor será la posibilidad de contraer cansancio emocional. Así mismo, entre más pacientes atiende más se detona el desgaste.

Las condiciones de trabajo en cuanto al salario, estabilidad en empleo, apoyo social y ambigüedad de roles, pueden ser factores que desencadenen el Burnout (Díaz, Pérez y Lartigue, 2006).

Por lo tanto, el SDL puede ser considerado como un riesgo para la profesión dental, y una tragedia para el dentista individual. Por lo que la constante prevención, intervención y el monitoreo del agotamiento merece una atención continua en este tipo de profesionales (Brake et al., 2007).

El SDL en trabajadores sociales

El trabajo social, se caracteriza por una profesión que ayuda a personas en estado de necesidad. Por lo que se le considera, una profesión que se encarga de servir a los demás, privándose de otro interés o ideología particular. Desde principios del siglo XX, Ituarte (2001) definió la concepción de trabajo social como una disciplina dentro del campo sanitario, definiéndola de la siguiente manera:

Actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud-enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquéllas (p 277).

Investigaciones pasadas indican, que el desarrollo del desgaste laboral en trabajadores sociales, se debe al contacto directo que tienen con personas generalmente problemáticas. Así mismo, el mantener una relación muy estrecha con pacientes e involucrarse en complejas situaciones sociales, como lidiar con conflictos familiares prolongados ocasiona el síndrome de desgaste laboral (Drake y Yadama, 1995).

La diferencia del trabajo social con otras profesiones como enfermería, es que el SDL tiene más relación con la insatisfacción laboral. Esto se debe, al escaso reconocimiento social que presentan. Cabe mencionar, que la despersonalización que dicho profesional presenta no es la misma que se producirá en áreas médicas, dado que el tipo de contacto que se tiene con el paciente es distinto (Yong y Harrison, 1998).

El SDL en psicólogos

Rao y Mehrotra, citados en Ortiz y Ortega (2009) refieren que la práctica de la psicología suele aportar una elevada satisfacción personal. Sin embargo, la estrecha relación con personas que tienen problemas emocionales puede repercutir en la vida personal del psicólogo. Los psicoterapeutas por ejemplo, están expuestos directamente a los problemas de sus pacientes, debido que al querer solucionarlos pueden llegar a involucrarse ocasionando una sobrecarga emocional y un desgaste en el psicólogo (Benevides, Moreno, Garrosa y Gonzáles, 2002).

Diversos estudios, han encontrado que los psicólogos especializados en el área organizacional, manifiestan mayores niveles de despersonalización que los psicólogos clínicos, debido a que ellos suelen establecer una relación íntima y estrecha con sus pacientes (Moreno, Meda, Rodríguez, Palomera y Morales, 2006).

Por otro lado, algunos investigadores han descubierto que una forma de escape empleada por los psicólogos ante la exposición de situaciones estresantes poco controlables, es el incremento o abuso del alcohol y drogas. Así como el uso del suicidio (Oravec y Moore, 2006; Soler, Yaman y Esteva, 2007).

Por lo tanto, es conveniente que cada psicólogo conozca qué factores dentro de su organización o de su persona influyen ante la presencia de síntomas del desgaste laboral. Generando estrategias que puedan ayudarle a equilibrar de manera adecuada sus problemas emocionales con las problemáticas de sus pacientes.

El SDL en fisioterapeutas

Wolfe (1981), fue uno de los primeros en investigar el Burnout en los fisioterapeutas. Refiriendo, que este tipo de profesionales se caracterizan por presentar una gran motivación por parte de su trabajo, pero en ocasiones cuando la carga laboral es superior a lo que pueden soportar, tienden a doblegar sus esfuerzos o adaptar la situación como un reto. Por lo cual, suele ser contraproducente debido al cansancio físico y emocional que puede generarse.

Diversos estudios refieren que las variables que detonan el SDL en fisioterapeutas, son las características de la organización, como la falta de comunicación, la poca o nula confianza entre compañeros y superiores (Gil Monte y Peiró, 1997). En cuanto a las características personales, se encuentra la baja autoestima, frustración ante el trabajo, escasa preparación profesional, relaciones negativas con los compañeros, así como sentimientos, emociones y actitudes negativas ante la vida en general, etc. (Serrano, Garcés e Hidalgo, 2008).

Un estudio realizado en fisioterapeutas españoles encontró que el perfil de los fisioterapeutas que sufrían el síndrome de desgaste laboral, presentaba un alto grado de motivación por su trabajo. Observándose principalmente en mujeres mayores de 30 años, casadas, con hijos, con estudios de pregrado, una antigüedad de más de cinco años en la misma institución (la cual se detona más si ésta es pública) laborando por más de ocho horas al día y atendiendo a más de 20 pacientes diario. Detonando un agotamiento físico y emocional, manifestaciones psicósomáticas, abuso de drogas, así como decadencia de calidad ante los cuidados del paciente (Serrano et al., 2008).

Dentro del mismo estudio, se observó que más de la tercera parte de los fisioterapeutas padece agotamiento emocional y aproximadamente la quinta parte de la misma sufre despersonalización y falta de realización personal.

Las labores que ejecuta a diario el profesional de salud como prevenir la enfermedad y rehabilitarla, son actividades que ocasionan satisfacciones laborales y personales. Sin embargo, la fuerte tensión que éstas ocasionan afecta el bienestar físico, mental y social del profesional, enfermándolo en la misma medida que sana (Molina y Avalos, 2007).

Afrontamiento

Ante un mismo suceso estresante, la gente presenta reacciones muy distintas. Los conflictos personales y laborales suelen suponer un profundo golpe emocional para algunos, pero para otros puede resultar un beneficio.

Durante la época de los cincuenta, los investigadores partían del supuesto de que las mismas situaciones estresantes generaban los mismos estresores para todos

los individuos. Tiempo después, se observó que había enormes diferencias en cómo distintas personas afrontaban el mismo suceso surgiendo así una perspectiva psicológica e idiosincrásica, según la cual, un suceso es estresante en la medida en que lo perciba o lo valore como tal, independientemente de cuáles sean las características físicas u objetivas del evento (Lazarus y Folkman, 1986).

Dicha observación generó ciertas dudas acerca de qué factores o situaciones determinaban que un acontecimiento fuera estresante o no. Dando inicio al desarrollo de un estudio transaccional del estrés realizado por Lazarus y Folkman (1986) el cual considera que ante la aparición de un suceso el individuo realiza una serie de valoraciones: valoración primaria y secundaria, y el afrontamiento.

Valoración primaria

Por medio de esta valoración el sujeto analiza lo que está sucediendo a su alrededor percibiendo la situación como: irrelevante, si el sujeto no presenta ningún beneficio o pérdida al relacionarse con ella; positiva, si la situación es de beneficio para el interés del individuo o estresante cuando la situación exige de los recursos del individuo para evitar perjudicar su bienestar. Esta última puede ser percibida como: amenaza, daño/pérdida y desafío (Lazarus y Folkman, 1991).

Valoración secundaria

En esta valoración, la persona determina qué opciones y recursos de afrontamiento tiene disponibles para manejar la situación, valorando sus propias habilidades y capacidades acerca de lo que debe hacer, cómo, cuándo y dónde (Crespo y Labrador, 2004).

Afrontamiento desde la perspectiva de Lázarus y Folkman

Desde un punto de vista procesual, el afrontamiento es definido por Lázarus y Folkman (1986) como:

“Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164).

El afrontamiento se utiliza indistintamente de que el proceso sea eficaz o ineficaz ya que no existen procesos de afrontamiento universalmente buenos o malos; ellos dependen de múltiples factores como la persona o la relación que el sujeto tiene con su estresor psicológico. En conclusión, podría decirse que el afrontamiento son los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico (Sandín, 2004).

Modos del afrontamiento

La teoría del afrontamiento como proceso enfatiza que al menos existen dos funciones principales: el afrontamiento dirigido a la emoción y el afrontamiento dirigido al problema.

Afrontamiento dirigido a la emoción

El afrontamiento centrado en la emoción, es el método que regula la respuesta emocional al problema, donde el sujeto intenta minimizar la angustia y los efectos psicológicos que el problema ha generado. El afrontamiento dirigido a la emoción parece ser más eficaz a corto plazo debido a que solo intenta cambiar el significado de la situación, más no lo enfrenta (Alcover, 2004).

Las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, son utilizadas para conservar la esperanza y el optimismo, funcionan para no tener que aceptar lo peor o para actuar como si el suceso estresante no importara, lo cual ocasiona una interpretación o distorsión de la realidad evitando afrontar de manera adecuada el estrés (Lazarus y Folkman, 1991).

Afrontamiento dirigido al problema

Son aquellas acciones directas o conductas explícitas que el individuo presenta con la intención de resolver, modificar o alterar el problema. Este tipo de estrategias suelen aparecer cuando la situación amenazante del ambiente no se puede modificar, sin embargo, tras la evaluación que el sujeto realiza ésta se modifica, y se afronta de una manera adecuada (Zavala, Rivas, Andrade y Reidl, 2008). Los sujetos que emplean el afrontamiento dirigido al problema tienen una menor probabilidad de padecer desgaste laboral, que aquellos que enfrentan el estrés con estrategias centradas en la emoción (Gálvez, Moreno y Mingote, 2011).

Concluyendo así que el afrontamiento depende de la evaluación que el sujeto realiza. Si la valoración dice que puede hacerse algo predomina el afrontamiento focalizado en el problema, si la valoración dice que no puede hacerse algo, entonces predomina el afrontamiento focalizado en la emoción.

Estrategias de afrontamiento (EA)

Los diferentes estilos y estrategias forman parte importante del proceso del afrontamiento. Lazarus y Folkman (1991) mencionan, que las estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes dependiendo de la situación estresante. Bajo esta perspectiva, se entiende el proceso de afrontamiento como los esfuerzos

concientes para manejar el estrés. Y las estrategias, son disposiciones generales que llevan al individuo a actuar de forma más o menos estable ante las diferentes situaciones estresantes.

Para Sheier (1986) citado en Sotelo y Maupone (2000) las estrategias de afrontamiento son conductas que ocurren después de que se presenta un evento estresante, ya que pueden evitar o disminuir el estrés.

Por otra parte, Buceta (2001) menciona que la clave de las estrategias de afrontamiento está en encontrar pensamientos, imágenes, autoinstrucciones, autoafirmaciones y palabras clave que ayuden al individuo a tener pensamientos positivos, generando respuestas adecuadas ante las exigencias del medio.

Dentro del modelo de Lázarus y Folkman (1988) se describen ocho distintas estrategias para manejar las situaciones estresantes. Las primeras dos estrategias se caracterizan por centrarse en la solución del problema. Las cinco siguientes se centran en la regulación de la emoción y la última estrategia se focaliza en ambas áreas:

1) afrontamiento confrontativo: son los esfuerzos y conductas de riesgo para intentar cambiar la situación que se está viviendo, 2) trazo de un plan orientado al problema: son esfuerzos orientados al problema para tratar de cambiar la situación, realizando una labor de análisis mental para dar la mejor solución, 3) distanciamiento: son intentos de apartarse del problema, evitarlo y no pensar en el, 4) autocontrol: describe los esfuerzos que hace la persona para regular o controlar los propios sentimientos y acciones, 5) responsabilidad: son los conocimientos que se tienen sobre el manejo de uno mismo en situaciones problemáticas para intentar solucionar las

cosas de manera adecuada, 6) escape-avoidance: esfuerzos conductuales para escapar o evitar el problema, 7) reevaluación positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante y 8) búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas para buscar ayuda, información, comprensión y apoyo emocional.

Por otro lado, Zavala et al. (2008), estudiaron a un grupo de profesionales mexicanos con la finalidad de obtener la validez y confiabilidad del cuestionario de estilos de afrontamiento de Lázarus y Folkman (1988).

Los resultados de dicha investigación mostraron la clasificación de cinco estilos de afrontamiento:

1. Afrontamiento evasivo: sentido de hacer caso omiso a los problemas o estresores que aquejan a la persona en ese momento.
2. Afrontamiento de reevaluación positiva: son los esfuerzos para crear un significado positivo de la situación a través de un crecimiento personal.
3. Afrontamiento de distanciamiento: esfuerzos cognoscitivos que se hacen para disminuir el significado de la situación que se vive.
4. Afrontamiento de negación: implica un acto de cambiar o modificar el significado de la situación angustiante, sin reconocer la amenaza o daño que puede implicar para la persona. Anulando totalmente la existencia del problema.
5. Afrontamiento de análisis cognitivo- reflexivo: implica realizar un ejercicio de autorreflexión que ayuda a analizar el problema y a resolverlo.

El afrontamiento, es un proceso distinto en cada persona. El cual se determina de acuerdo a las características del estrés así como de la valoración personal que realice el sujeto (Crespo y Labrador, 2004).

Lázarus citado en Huerta y Corona (2003) refiere que el uso adecuado del afrontamiento es básico para las experiencias cotidianas y para la salud, puesto que regula las emociones y las equilibra ante situaciones conflictivas, utilizando los recursos disponibles que el sujeto presenta en ese momento.

Recursos para el afrontamiento

Los eventos de la vida cotidiana son tan variados que las estrategias empleadas por el sujeto van a diferir de un evento a otro. La forma en cómo una persona afronta una situación estresante depende en gran manera de los recursos internos o externos de que disponga (Navarro, 2000). A continuación se presentan los recursos que frecuentemente presenta el individuo:

1. Recursos físicos y biológicos: son de los recursos más relevantes del afrontamiento para la solución de situaciones estresantes. Incluye todos los elementos del ambiente y los recursos orgánicos del sujeto, por ejemplo: la salud, una nutrición adecuada, el clima y la vivienda, entre otros (Nolasco, 2011).

2. Recursos psicológicos y psicosociales: esta categoría incluye la capacidad intelectual de la persona, como sus valores y creencias, por ejemplo: la esperanza, favorece el afrontamiento en las condiciones más adversas; las habilidades en la resolución de problemas, ayuda a analizar la situación y a examinar las posibilidades para obtener los resultados deseados (González, 2006). El apoyo social y emocional,

es un recurso proporcionado por la familia y los amigos, al sentirse querido y protegido ante situaciones estresantes (Vázquez, 2001).

3. Recursos materiales: este tipo de recursos son el dinero, los bienes y servicios. El contar con este tipo de recursos, aumenta las opciones de afrontamiento en la mayoría de las situaciones estresantes (González, 2006).

Como se ha observado, los recursos que presenta cada individuo son de suma importancia para el proceso de elección de los estilos de afrontamiento. Sin embargo Lázarus y Folkman (1991) señalan que los recursos del individuo no son suficientes para predecir su estilo de afrontamiento. Asumiendo, que se debe tomar en cuenta las características personales, ambientales y el grado de amenaza de la situación. Además, los recursos de afrontamiento no son constantes en tiempo y no presentan la misma experiencia en todas las circunstancias de la vida, por lo que la presencia de un recurso eficaz no será útil para el mismo sujeto en otra situación.

Por lo tanto, el decir que una persona tiene muchos recursos no significa que dispone de un gran número de ellos, pues se debe adquirir la habilidad para saber aplicarlos ante las distintas demandas del entorno (Lázarus y Folkman 1986).

En conclusión, es de suma importancia que el individuo identifique cuáles son los recursos físicos, psicológicos y materiales con los que cuenta. De igual modo, debe identificar cuáles son las estrategias que mejor le funcionan ante situaciones específicas de estrés, con la finalidad de que al exponerse ante una situación de estrés, identifique con mayor facilidad qué estilos de afrontamiento le benefician.

Esta información, podría explicar el por qué no todas las personas se estresan de la misma manera, añadiendo, que de acuerdo al uso de los recursos con los que

cuenta el individuo y el método de afrontamiento que utilice, proporcionará el nivel de gravedad de la situación.

Investigaciones del SDL y afrontamiento en México

El SDL ha sido considerado como un problema para las instituciones sanitarias en todo el mundo y México no está exento de padecerlo. El síndrome de desgaste laboral está presente de manera constante en las instituciones de salud. Dando por consecuencia una baja productividad y poca calidad por parte de sus profesionales. Sin embargo, el uso adecuado de estrategias de afrontamiento puede disminuir o prevenir a que estos factores aumenten de manera considerada.

Estudios realizados a dos instituciones de la salud de la ciudad de México, encontraron que el uso de estrategias de afrontamiento activas o enfocadas en el problema tienen efectos protectores ante el desarrollo del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud (Austria, cruz, Herrera y Salas, 2012). De la misma manera, un estudio realizado en un grupo de 450 médicos, enfermeras y paramédicos de 12 instituciones hospitalarias de la ciudad de México, encontraron que el 10.9% sufre de cansancio emocional, 19.6% de despersonalización y el 74.9% de baja realización personal (Franco, 1999).

Arias et al. (2006), realizaron una investigación en una institución de salud en el estado de Morelos, México. Concluyendo, que los profesionales constantemente presentan un agotamiento emocional asociado con la búsqueda de otro empleo. Este recurso es utilizado como una estrategia de afrontamiento al problema. Por lo que diversos investigadores aluden que el síndrome de Burnout puede asociarse con factores específicos relacionados con su ambiente laboral.

Así mismo en una investigación realizada a 106 profesionales que laboran en el centro estatal de rehabilitación y educación especial del DIF de la ciudad de Monterrey, encontraron que la satisfacción laboral es un factor importante para desencadenar síntomas de Burnout; puesto que a menor satisfacción laboral, mayor probabilidad de contraer Burnout (Sánchez y Solís , 2010). Por otro lado, un estudio realizado en enfermeras que laboran en hospitales de la ciudad de Montemorelos N. L. indicaron que el nivel de Burnout es bajo, señalando que las enfermeras de dichos hospitales sufren esporádicamente o pocas veces al año de Burnout. Como conclusión los investigadores refieren que los estilos de afrontamiento pueden estar estrechamente relacionados con este tipo de resultados (Rubí y Lara, 2010).

Desafortunadamente no existe evidencia suficiente de la relación entre el desgaste laboral y las estrategias de afrontamiento en México, lo cual impide poder contrastar con otros estudios. Por lo tanto, la presente investigación aporta cierta evidencia para que en estudios posteriores se pueda contrarrestar con otros resultados.

SDL, Afrontamiento y profesional de salud

Hoy en día, el síndrome de Burnout o SDL se ha convertido en una problemática de gran relevancia para las disciplinas e instituciones que se preocupan por la salud de sus trabajadores (Peiro, 2005).

Este síndrome ha sido estudiado principalmente en las organizaciones de servicios de salud, debido al contacto directo que tienen con los pacientes y por la constante atención física y emocional que conlleva el cuidar a otras personas. Los “cuidadores” experimentan una serie de consecuencias físicas -dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, taquicardias - trastornos psicológicos - ansiedad, depresión y

hostilidad que provocan deterioro en el bienestar laboral, ocasionando ausentismo y una baja eficacia en el trabajo (Ortega y López, 2004; Grau, 2008; Gueritault, Kalichman, Demi y Peterson, 2010).

Estas situaciones a las que se enfrenta cotidianamente el profesional de salud, producen un impacto significativo en su calidad de vida mostrando la relevancia que posee el afrontamiento para evitar o disminuir las consecuencias negativas del desgaste laboral (Hernández, Cerezo y López, 2007). La función de los estilos de afrontamiento ayudan a dominar, reducir o tolerar las exigencias creadas por la situación amenazante, actuando como respuestas moduladoras ante el impacto que se genera en la salud del individuo (Labiano y Correché, 2002). Si logran reducir la percepción amenazante de la situación y las estrategias cognitivas conductuales logran los resultados deseados, entonces el afrontamiento es adaptativo. Pero, si la situación sigue evaluándose como amenazante entonces el afrontamiento es desadaptativo (Jaramillo, Ruiz, y Pardo, 2009).

Los estilos de afrontamiento adaptativos comúnmente se encuentran orientados al problema, conduciendo a un mejor ajuste y adaptación ante los síntomas psicológicos que los estilos dirigidos a la emoción (Hernández et al., 2004).

En esta línea, cabe destacar el trabajo de Anderson (2001) quien encontró que los profesionales de la salud que utilizaban estrategias de afrontamiento centradas en el problema, presentaban menor despersonalización que los profesionales que utilizaban estrategias centradas en la emoción. Del mismo modo Gil Monte, Peiró y Valcárcel (1995) informaron que estrategias de afrontamiento de evitación aumentaban el agotamiento emocional en un grupo de enfermeras.

Burke y Greenglass (2001) encontraron que las enfermeras de un hospital que se esforzaban por cambiar la situación estresante como forma de afrontar el problema, presentaban más satisfacción laboral y menos sensación de cansancio emocional, lo que conllevaba a tener niveles menores de desgaste laboral.

Aunque parece evidente que las estrategias orientadas al problema son mucho más efectivas, que las orientadas a la emoción para hacer frente a situaciones amenazantes, existe evidencia que apunta a que la efectividad de las estrategias dirigidas al problema consiste en el control efectivo sobre los estresores del entorno y de las emociones individuales. Por consiguiente, si existen pocas posibilidades de controlar o cambiar los estresores del ambiente, los efectos indeseables del desgaste laboral aumentarán en gran medida (Roger, Jarvis y Najarian, 1993; Schaubroeck y Merritt, 1997; De Rijk, Le Blanc, Schaufeli y De Jong, 1998).

Por lo tanto, Lázarus y Folkman (1988) señalan que la eficacia del afrontamiento consiste en el control que se tiene sobre la situación amenazante. Si la condición amenazante puede ser controlable, el afrontamiento orientado al problema es el que prevalece. En cambio, si la situación no es controlable predomina el afrontamiento focalizado en la emoción.

En la misma línea, diversos estudios refieren que ante circunstancias poco controlables, el afrontamiento flexible puede llegar a ser eficaz. Un afrontamiento flexible es aquel que bajo circunstancias poco controlables el uso de estrategias orientadas al problema en combinación con estrategias orientadas a la emoción son útiles para mejorar la adaptación y el bienestar del sujeto por lo que un afrontamiento flexi-

ble sería más bien adaptativo que desadaptativo (Latack, 1986 ; Koeske, 1993; Kohlmann 1993; Cheng 2001).

En conclusión, el afrontamiento del estrés adaptativo y funcional contribuirá a la salud y al bienestar al profesional sanitario, evitando que se origine el SDL o bien que no llegue a niveles elevados. La implementación de estilos de afrontamiento funcionales puede lograrse a través del reforzamiento de los recursos personales, materiales y psicosociales con la finalidad de mejorar su calidad de vida y la de los pacientes que atiende (Lázarus y Folkman, 1986).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Introducción

En este capítulo se consideran las especificaciones y procesos metodológicos que están relacionados con el diseño de esta investigación. Del mismo modo, se presentan aspectos como el tipo de investigación que se realizó, población y muestra seleccionada. Así como las características, confiabilidad de los instrumentos, el proceso de recolección y análisis de datos de la investigación.

Tipo de investigación

El diseño de este estudio mantiene un enfoque cuantitativo. Una investigación cuantitativa, se caracteriza por la recolección y análisis de los datos más objetivos posibles con la finalidad de responder a la pregunta de investigación planteada, así como el uso de patrones de comportamiento y la comprobación de teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

La presente investigación es de tipo descriptivo correlacional, debido a que se pretende conocer y describir la relación que existe entre el síndrome de desgaste laboral y los estilos de afrontamiento en una muestra compuesta por profesionales de la salud que laboran en los DIF de la región del Valle del Pilon de Nuevo León.

De acuerdo con Hernández et al. (2006) el estudio correlacional tiene la finalidad de conocer la relación o asociación entre dos o más variables; las cuales se miden, se cuantifican y se analiza su vinculación.

Con relación al tiempo, este estudio es de diseño transversal debido a que la recopilación de datos fue en un sólo momento y en tiempo común.

Población

La población seleccionada para el presente estudio está constituida por 60 profesionales de la salud distribuidos en ocho ocupaciones: 7 enfermeros, 14 fisioterapeutas, 6 médicos, 1 odontóloga, 18 psicólogos, 12 trabajadores sociales, 1 nutrióloga y 1 radióloga, los cuales laboran en las instituciones del “Desarrollo Integral para la Familia” (DIF) de la región del Valle del Pílon N.L en la administración 2009-2012. La región del Valle del Pílon cuenta con siete Instituciones: DIF Linares, DIF Huahuaquiles, DIF General Terán, DIF Montemorelos, DIF Allende, DIF Rayones y DIF Santiago. En cuanto al género se encontraron 44 mujeres y 16 hombres. Las edades de los profesionales de la salud oscilan entre los 23 y 65 años con una antigüedad entre un año y 35 años. No se realizó un muestreo, sino que se hizo un censo.

Hipótesis nula

La hipótesis considerada para el presente estudio está relacionada con los objetivos propuestos en esta investigación:

H₀₁: No existe relación entre las dimensiones del síndrome de desgaste laboral (agotamiento emocional, despersonalización, realización personal) y los estilos de afrontamiento (evasivo, reevaluación positiva, distanciamiento, negación y análisis cognitivo-reflexivo) de los profesionales de la salud que laboran en los DIF de la región del Valle del Pílon de la administración 2009-2012.

Operacionalización de variables

En este apartado se describe la operacionalización de las dos variables incluidas en el estudio: síndrome de desgaste laboral y estilos de afrontamiento. Se incluyen las definiciones conceptuales, instrumentales y operacionales de cada una de ellas. Así como la validez y confiabilidad de las escalas.

Síndrome de Desgaste Laboral

Definición conceptual

Se describe como: un síndrome de estrés crónico caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, detonándose principalmente, en aquellas profesiones de servicios, que se distinguen por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia (Maslach y Jackson citadas en Ortiz y Ortega, 2009).

Definición instrumental

El MBI, es uno de los instrumentos más utilizados para medir el síndrome de desgaste laboral y fue elaborado por Maslach y Jackson en 1986. Después de diversas investigaciones y observaciones en el campo de la salud, estas autoras crearon el MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) dirigido especialmente a los profesionales de la salud. Está formado por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional hacia su trabajo y pacientes además, valora tres dimensiones propuestas por las autoras del constructo: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

Agotamiento emocional: presenta la intención de medir los sentimientos de la sobre carga emocional. Las correspondientes de esta primera dimensión, se definen

de la siguiente manera: emocionalmente agotado por el trabajo (reactivo 1), cansancio al final de la jornada laboral (reactivo 2), fatiga al momento de levantarse por la mañana y enfrentarse con otro día de trabajo (reactivo 3), trabajar todo el día con personas es un esfuerzo (reactivo 6), sensación de estar quemado por el trabajo (reactivo 8), frustración en el trabajo (reactivo 13), exceso de trabajo (reactivo 14), laborar directamente con personas produce estrés (reactivo 16), sentirse acabado por el trabajo (reactivo 20)

Despersonalización: consiste en valorar los sentimientos y actitudes negativas hacia el paciente. Sus reactivos son: tratar a las personas como si fueran objetos impersonales (reactivo 5), insensibilidad con la gente (reactivo 10), endurecimiento emocional (reactivo 11), nula preocupación por los pacientes (reactivo 15), ser el causante de los problemas del paciente (reactivo 22).

Realización personal: se centra en la evaluación de sentimientos de competencia y de consecución de logros. Sus correspondientes son las siguientes: buena comprensión a los pacientes (reactivo 4), eficacia adecuada a los problemas de los pacientes (reactivo 7), influencia positiva hacia los pacientes (reactivo 9), sensación de estar muy activo en el trabajo (reactivo 12), generar un ambiente relajado con los pacientes (reactivo 17), sentir estimulación al trabajar con personas (reactivo 18), recompensas obtenidas por la profesión (reactivo 19), manejo de adecuado de los problemas emocionales (reactivo 21).

Definición operacional

Para determinar el desgaste laboral, se utilizó el instrumento MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) el cual, está formado por 22 ítems que arrojan tres dimen-

siones propuestas por las autoras del constructo: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Los ítems son tipo Likert con siete categorías de respuesta, desde “nunca” que tiene valor 0, “pocas veces al año o menos” con valor 1, “una vez al mes o menos” con un valor de 2, “unas pocas veces al mes” con un valor de 3, “una vez a la semana” con un valor de 4, “unas pocas veces a la semana” con un valor de 5 y “todos los días” con valor 6. Todos los ítems hacen referencia al último año.

Bajas puntuaciones en realización personal y altas puntuaciones en agotamiento emocional y despersonalización, se percibe como un nivel alto de desgaste laboral y viceversa, puntuaciones altas en realización personal y puntuaciones bajas en agotamiento emocional y despersonalización, no detonan desgaste laboral. El tiempo estimado para la aplicación es de 10 a 15 minutos. Se utilizó la media aritmética para calcular los valores de la variable como sus dimensiones. El nivel de medición es métrico.

Sin embargo, para interpretar los resultados se dividió la escala en tres secciones, según lo menciona Maslach y Jackson citadas en Seisdedos (1997) y se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1

Ítems por dimensión y forma de evaluación del SDL

Dimensiones	Ítems	Interpretación
Cansancio Emocional	1,2,3,6,8,13,14,16,20	Bajo (≤ 2.0), Medio (> 2 y < 3) y Alto (≥ 3.0)
Despersonalización	5,10,11,15,22	Bajo (≤ 1.0), Medio (> 1 y < 2) y Alto (≥ 2.0)
Realización personal	4,7,9,12,17,18,19,21	Alta (≤ 4.0), Medio (> 4 y < 5) y Baja (≥ 5.0)

Validez y confiabilidad

Durante los últimos veinte años, el síndrome de desgaste laboral ha adquirido gran relevancia entre la comunidad científica, como una problemática común dentro de las organizaciones, ha detonado múltiples investigaciones en diferentes partes del mundo (Leiter y Schaufeli, 1996; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Demerouti, Bakker, De Jonge y Janssen, 2001). El Maslach Burnout Inventory (MBI), se ha considerado como el instrumento más utilizado para la evaluación del Burnout. Schaufeli y Enzmann (1998) mencionan, que más del 90% de los estudios que se han llevado a cabo en este campo, han empleado el MBI como medida del Burnout o desgaste laboral.

Después de diversas investigaciones Maslach y Jackson citadas en Meda, Moreno, Rodríguez, Morante y Ortiz (2008) crearon el Burnout Inventory Human Services Survey. Un instrumento especial para los profesionales de la salud, ya que de acuerdo a sus observaciones, el desgaste laboral se presentaba con mayor frecuencia en dicha población.

En México, las investigaciones sobre el MBI-HSS son escasas y muy limitadas en su muestra y alcance (Aranda et al., 2003; Moreno et al., 2006; Palmer, Gómez, Cabrera, Prince y Searcy, 2005). Por lo que un grupo de investigadores mexicanos, realizaron un análisis factorial exploratorio del test MBI-HSS en población mexicana. Tomando una muestra de 454 psicólogos mexicanos de distintos estados de la república, 154 de ellos varones (833.9%) y 298 mujeres (65.6%) con edades entre 27 y 70 años. Los resultados de éste estudio, encontraron que las propiedades psicomé-

tricas del MBI-HSS en población mexicana, muestran índices adecuados que superan el .70 (Meda et al., 2008).

En cuanto a la fiabilidad de las dimensiones, los resultados obtenidos fueron satisfactorios de acuerdo al índice alfa de Cronbach excepto, la dimensión de despersonalización que presenta un alfa de 0.53, el agotamiento emocional presenta un alfa de 0.86 y la realización personal un 0.81. Estos resultados son muy similares a los de Gil Monte y Peiró (1999), quienes hallaron valores de consistencia interna de 0.87 para agotamiento emocional, 0.72 para realización personal en el trabajo, y 0.57 para despersonalización. El porcentaje de varianza explicado por este estudio consistió en un 46.99% lo cual, se encuentra en un rango aceptable de acuerdo a validaciones anteriores, manteniendo un porcentaje entre 59% y 40.1% (Gil Monte y Peiró, 1999).

Las correlaciones entre las subescalas del MBI en población mexicana, resultaron significativas en todos los aspectos, la correlación más alta se estableció entre el agotamiento emocional y la despersonalización ($r=0.46$, $p < 0.01$).

Por lo tanto, los resultados encontrados indican que la validación del MBI-HSS en población mexicana, muestra propiedades satisfactorias, siendo una medida válida y confiable para ser empleada en estudios posteriores.

Estrategias de afrontamiento

Definición conceptual

Lazarus y Folkman (1986) citados en Casteño y León (2010) las describen como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o inter-

nas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (p. 164).

Definición Instrumental

Las estrategias de afrontamiento, se evaluaron por medio del cuestionario estilos de enfrentamiento de Lázarus y Folkman 1988, esta versión fue revisada y validada en población mexicana por Zavala, Rivas, Andrade y Reidl, en el año 2008. Cuenta con 20 reactivos y el tiempo aproximado para responder la prueba es de 15 a 20 minutos. El instrumento explora los siguientes estilos de afrontamiento:

Afrontamiento evasivo: se refiere al hacer caso omiso del problema que aqueja a la persona en ese momento. Está compuesta por cuatro reactivos (1, 6, 11,16), por ejemplo: "intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos más de lo acostumbrado".

Afrontamiento de reevaluación positiva: esta dimensión evalúa los esfuerzos para crear un significado positivo de la situación. Cuenta con cinco reactivos (2, 7,12 ,17 y 19), por ejemplo: "busqué un poco de esperanza, intenté mirar las cosas por su lado bueno".

Afrontamiento de distanciamiento: corresponde a las personas que realizan esfuerzos cognoscitivos para disminuir el significado de la problemática. Mantiene tres reactivos (3, 8, y 13), por ejemplo: "me consolé pensando que las cosas podían ser peores".

Afrontamiento de negación: anula la existencia del problema. Incluye cinco reactivos (4, 9, 14, 18 y 20), por ejemplo: “esperé a ver qué pasaba antes de hacer algo”.

Afrontamiento de análisis cognitivo- reflexivo: implica realizar un ejercicio de auto reflexión para resolver el problema. Presenta tres reactivos (5, 10 y 15), por ejemplo: “me critiqué o cuestioné a mí mismo”.

Definición operacional

Al comienzo de la prueba, se solicita una descripción de alguna experiencia que haya provocado estrés, especificando el tiempo aproximado en que lo experimentó tomando en cuenta sólo este año. La forma de respuesta se contesta en una escala tipo Likert de cuatro puntos, indicando la frecuencia con la cual usan cada estilo: 0= no, de ninguna manera; 1= en alguna medida; 2= generalmente, usualmente; 3= siempre, en gran medida. Las respuestas no tienen diferentes pesos, solamente van de menor a mayor frecuencia en el uso de determinado estilo de afrontamiento.

El valor de cada estilo de afrontamiento, se cálculo con la media aritmética para poder comparar el comportamiento entre ellos. El nivel de medición se considera métrico.

Validez y confiabilidad

La medición y evaluación del afrontamiento, son componentes básicos para la explicación y conceptualización del proceso de estrés, lo cual explica la existencia de distintos instrumentos que evalúan los diferentes estilos de afrontamiento. En el presente estudio, se utilizó el cuestionario de Lazarus y Folkman (1988), revisado y vali-

dado en población mexicana por Zavala y colaboradores (2008), para la validación de dicha prueba, se determinó el poder discriminativo de los reactivos entre dos grupos extremos (25% superior e inferior), por medio de la prueba *t* de Student. De los 66 reactivos que conformaban el instrumento original, se eliminaron 30, utilizando sólo 36, de estos 36 reactivos se eliminaron 16 por cargas factoriales muy bajas, conformando el instrumento final con 20 reactivos. Cumpliendo con el requisito mínimo de contar con cinco personas por reactivo.

La información procedente del análisis estadístico, mostró la agrupación de cinco estilos de afrontamiento en población mexicana a diferencia de los ocho estilos propuestos por Lázarus y Folkman (1988). Agregando, dos estilos de afrontamiento nuevos, el afrontamiento de análisis cognitivo-reflexivo y el afrontamiento de negación. El grado de confiabilidad de cada uno de los cinco factores obtenidos (Alfa de Cronbach) fue de $>.60$ y de $.85$ para la escala total. Del mismo modo, el coeficiente de consistencia interna total también resultó ser alto. Concluyendo así, cinco estilos de afrontamiento para población mexicana, los cuales concuerdan con estudios pasados realizados por Góngora y Reyes (1999).

Procedimiento para la recolección de los datos

Para la recolección de datos, primeramente se realizó un contacto telefónico a cada una de las siete instituciones seleccionadas, solicitando una cita para hablar personalmente con el director o responsable del DIF. Al llegar a la institución, se solicitó un permiso por medio de un escrito formal redactado por la directora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Montemorelos, para la aplicación de dos instrumentos, siendo la investigadora la responsable de la aplicación.

Antes de contestar el instrumento, se les pidió a cada uno de los profesionales de la salud que incluyeran el tipo de profesión, género, edad y la antigüedad laboral que tienen desde los inicios de su carrera. Se les explicó, que los resultados de las pruebas serían utilizadas para un trabajo de investigación; por lo que la información provista será totalmente anónima, así mismo se les aclaró previamente que no era obligatorio el responder los cuestionarios. Por último, se les indicó que si querían conocer los resultados de las pruebas, indicaran un correo electrónico en la parte final del instrumento donde aproximadamente un mes después de la aplicación se les harían llegar los resultados, con el asunto "respuestas de la prueba".

Para la recolección de datos se emplearon dos instrumentos, el Maslach Burnout Inventory: Human Services Survey, y el cuestionario estilos de afrontamiento de Lázarus y Folkman (1988).

La recolección de datos se inició desde la última semana de julio, hasta la última semana del mes de agosto del 2012.

Procedimiento para el análisis de datos

La Tabla 2 describe el análisis que se siguió para el análisis de los datos.

Tabla 2

Operacionalización de hipótesis y variables

Hipótesis	Variabile	Ti- po	Nivel de medi- ción	Valores	Instrumento	Prueba de significa- ción de estadística
No existe relación entre los estilos de afrontamiento	Dimensiones del síndrome de desgaste laboral.	VD	Interva- lo	Prome- dió entre 0-6	MBI –Human Services Sur- vey	Correla- ción- variada <i>r</i>

(evasivo, reevaluación positiva, distanciamiento, negación y análisis cognitivo-reflexivo) y las dimensiones del síndrome de desgaste laboral (Agotamiento emocional, Despersonalización, Realización personal) de los profesionales de la salud que laboran en los DIF de la región del Valle del Pilón de la administración 2009-2012.	Cansancio emocional.					de Pearson, con un nivel de significación de .05
	Despersonalización. Realización personal					
	Estilos de Afrontamiento: Evasivo Reevaluación positiva Distanciamiento Negación Análisis cognitivo reflexivo	VI	Intervalo	Promedio entre 0-3	Inventario de Estilos de enfrentamiento de Lázarus y Folkman 1988	

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Introducción

El propósito de esta investigación, fue conocer si existe relación entre el síndrome de desgaste laboral y los estilos de afrontamiento de los profesionales de la salud que laboran en los DIF de la región del Valle del Pilon Nuevo León. Durante la administración 2009-2012. Teniendo como variable dependiente las dimensiones del síndrome de desgaste laboral y a los estilos de afrontamiento como variable independiente.

Durante el desarrollo de este capítulo, se encuentran los resultados de la presente investigación. En primer lugar, se observa una descripción de la muestra en cuanto a algunas de sus características demográficas, posteriormente, se presentan los datos sobresalientes de las variables de este estudio, culminando con las pruebas de hipótesis y otros hallazgos.

Descripción de la muestra

Se aplicaron dos instrumentos a una muestra de 60 profesionales de la salud de las instituciones del DIF de la región del Valle del Pilon. La edad mínima de los profesionales es de 23 años (1.7%) y la máxima de 65 años (1.7%) manteniendo una desviación estándar de 11.36.

En cuanto al género, se encontró que 44 son mujeres (73.3%) y 16 hombres (26.7%). Respecto a la antigüedad se percibió que la mínima es de un año (13.3%) y la máxima de 35 años (1.7%) manteniendo una desviación estándar de 9.05.

En la Tabla 3 se encuentra la ocupación de cada uno de los profesionales de la salud que fueron evaluados en las instituciones del DIF.

Tabla 3

Ocupaciones de los profesionales de la salud

Ocupaciones	N	%
Enfermería	7	11.7%
Fisioterapia	14	23.3%
Médico	6	10.0%
Nutrición	1	1.7%
Odontología	1	1.7%
Psicología	18	30.0%
Radiología	1	1.7%
Trabajo social	12	20%

Variables principales

Las variables estudiadas en la presente investigación, son consideradas como variables cuantitativas (el comportamiento de las variables en sus escalas originales, se pueden observar en el apéndice C).

Síndrome de desgaste laboral

En la Tabla 4 se encuentra la descripción estadística de las dimensiones del síndrome de desgaste laboral encontradas en la presente investigación. Recordando que para su evaluación puntuaciones bajas en realización personal y altas en agotamiento emocional y despersonalización corresponden a sentimientos de desgaste

laboral en cambio, altas puntuaciones en realización personal y una baja puntuación en agotamiento emocional y despersonalización corresponden a niveles bajos de desgaste laboral (las puntuaciones por cada dimensión se encuentran explicadas en el capítulo tres Tabla 1).

Tabla 4

Descripción de la media de las dimensiones del SDL

Variable	Media	Desviación Típica
Cansancio Emocional	1.69	1.21
Despersonalización	.91	.854
Realización Personal	5.29	.825

Estos resultados indican que los profesionales de la salud mantienen niveles altos de realización personal en el trabajo con bajas puntuaciones en cansancio emocional y despersonalización. Por lo que podría suponerse que mantienen una tendencia menor a contraer SDL.

Estilos de afrontamiento

Con respecto a los estilos de afrontamiento, la Tabla 5 presenta la descripción de cada uno de ellos de acuerdo a la muestra investigada. Donde se

observa, que la reevaluación positiva es el estilo más utilizado, siendo el estilo de negación el menos recurrido.

Tabla 5

Descripción de la media de los estilos de afrontamiento

Estilo	Media	DS
Evasivo	1.19	.721
Reevaluación Positiva	1.99	.693
Distanciamiento	1.53	.767
Negación	.85	.602
Análisis cognitivo Reflexivo	.91	.723

Prueba de Hipótesis

La hipótesis de la presente investigación se basa en una asociación entre las dimensiones del SDL y los estilos de afrontamiento al estrés, la cual fue probada a un nivel de significación p menor o igual a .05.

Hipótesis nula

La hipótesis nula propone que: "No existe relación entre las dimensiones del síndrome de desgaste laboral (cansancio emocional, despersonalización, realización personal) y los estilos de afrontamiento (evasivo, reevaluación positiva, distanciamiento, negación y análisis cognitivo reflexivo) en los profesionales de la salud que laboran en los DIF de la región del Valle del Pilón N. L durante la administración 2009-2012.

Para analizar los datos encontrados, se aplicó la prueba estadística del coeficiente de correlación de Pearson.

En la Tabla 6 se analiza la relación entre las dimensiones del síndrome de desgaste laboral y los estilos de afrontamiento.

Tabla 6

Correlaciones entre dimensiones del SDL y estilos de afrontamiento

		Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización personal
Evasivo	<i>r</i>	.301*	.139	.129
	<i>p</i>	.020	.290	.326
Reevaluación Positiva	<i>r</i>	.082	-.135	.251
	<i>p</i>	.535	.304	.053
Distanciamiento	<i>r</i>	.215	.113	.157
	<i>p</i>	.099	.389	.231
Negación	<i>r</i>	.306*	.132	.026
	<i>p</i>	.017	.315	.844
Análisis cognitivo Reflexivo	<i>r</i>	.048	-.216	.139
	<i>p</i>	.716	.098	.289

*Significativo al nivel de $p = .05$

De acuerdo a los resultados, se encontró que el cansancio emocional y el estilo evasivo: ($r = .301$, $p = .020$) presentan una relación significativa, aunque débil.

De la misma manera, se observó una relación significativa, aunque débil entre el cansancio emocional y el estilo de negación ($r = .306$, $p = .017$).

En el resto de los casos se acepta la hipótesis nula no existiendo relación en las dimensiones del síndrome de desgaste laboral y los estilos de afrontamiento al estrés de los profesionales de la salud.

Otros hallazgos

Influencia del SDL y los estilos de afrontamiento según el género

En cuanto al género femenino no se encontraron relaciones significativas entre el síndrome de desgaste laboral y los estilos de afrontamiento.

Los resultados de la presente investigación en cuanto al género masculino son los siguientes:

Se encontró una relación importante y significativa entre el cansancio emocional y el estilo evasivo ($r = .630, p = .009$). Así como una relación significativa entre el cansancio emocional y el estilo de negación ($r = .576, p = .019$).

Por otro lado, se observó una relación importante y significativa entre el cansancio emocional y el estilo de distanciamiento ($r = .776, p = .000$). Debido a que el nivel de significación fue menor que 0.05 se establece que existe una relación significativa. Por lo que se concluye que a mayor cansancio emocional, mayor distanciamiento, mayor evasión y negación y a menor cansancio emocional, menor distanciamiento, menor evasión y negación.

Según la edad y la antigüedad

En cuanto a los resultados encontrados, entre la relación edad y antigüedad con las dimensiones del SDL y los estilos de afrontamiento. Se encontró una relación significativa, aunque débil ($r = .335, p = .009$) entre la antigüedad y la realización personal. Del mismo modo, se observó una relación significativa, aunque débil con la edad y la realización personal. ($r = .354, p = .006$).

Por lo que se concluye, que a mayor antigüedad la realización personal tiende a ser más alta, ocurriendo de la misma manera con la edad, a mayor edad, mayor es la realización personal. Con respecto a las otras dimensiones y estilos no se encontró relación entre la antigüedad y la edad.

Diferencias en desgaste laboral según el género

Para conocer las diferencias en la dimensión cansancio emocional según el género, se analizó el estadístico F de Levene y se observó un valor p mayor que .05 por lo que se asumió que las varianzas poblacionales son iguales. Asumiendo varianzas poblacionales iguales, se encontró un valor del estadístico t de .884 ($gl = 58$) y un nivel crítico bilateral asociado p de .339. La media aritmética fue de 1.77 para mujeres y 1.45 para hombres. Puesto que el nivel de valor crítico o nivel de significación fue mayor que .05 se establece que no existe diferencia significativa en el cansancio emocional entre hombres y mujeres.

Para conocer la diferencia en la despersonalización según el género se analizó el estadístico F de Levene y se observó un valor p mayor que .05 por lo que se asumió que las varianzas poblacionales son iguales. Asumiendo varianzas poblacionales iguales, se encontró un valor del estadístico t de -.131 ($gl = 58$) y un nivel crítico bilateral asociado p de .899. La media aritmética fue de .804 para mujeres y .837 para hombres. Puesto que el nivel de valor crítico o nivel de significación fue mayor que .05 se establece que no existe diferencia significativa en la despersonalización entre hombres y mujeres.

Respecto a la diferencia en el factor realización personal según el género. Se analizó el estadístico F de Levene y se observó un valor p mayor que .05 por lo que se asumió que las varianzas poblacionales son iguales. Asumiendo varianzas poblacionales iguales, se encontró un valor del estadístico t de -1.539 ($gl = 58$) y un nivel crítico bilateral asociado p de .056. La media aritmética fue de 5.19 para mujeres y

5.56 para hombres. Debido a que el nivel de valor crítico o de significancia fue mayor que 0.05 se establece que no existe diferencia significativa.

Diferencias en estilos de afrontamiento según el género

Para conocer la diferencia de los estilos de afrontamiento según el género, se realizó la prueba estadística t , se analizó el estadístico F de Levene y se observó un valor p mayor que .05 por lo que se asumió que las varianzas poblacionales son iguales.

En primer lugar se observó la diferencia que mantiene el estilo evasivo según el género. Asumiendo varianzas poblacionales iguales, se encontró un valor del estadístico t de .631 ($gl = 58$) y un nivel crítico bilateral asociado p de .557. La media aritmética fue de 1.22 para las mujeres y para los hombres de 1.09. Puesto que el nivel de valor crítico o nivel de significación fue mayor que .05 se concluye que no hay diferencia en el uso del estilo evasivo tanto en hombres como en mujeres.

Respecto a la diferencia de la reevaluación positiva según el género, se realizó la prueba estadística t , se analizó el estadístico F de Levene y se observó un valor p mayor que .05 por lo que se asumió que las varianzas poblacionales son iguales. Se encontró un valor del estadístico t de -.067 ($gl = 58$) y un nivel crítico bilateral asociado p de .943. La media aritmética fue de 1.98 en mujeres y 2.00 en hombres. Debido a que el nivel de valor crítico o de significación fue mayor que .05 se deduce que no hay diferencia en el estilo de reevaluación positiva según el género.

En cuanto a la diferencia del análisis cognitivo reflexivo según el género, se realizó la prueba estadística t , se analizó el estadístico F de Levene y se observó un valor p mayor que .05 por lo que se asumió que las varianzas poblacionales son

iguales. Se encontró un valor del estadístico t de 2.806 ($gl = 58$) y un nivel crítico bilateral asociado p de .004. La media aritmética fue de 1.06 en mujeres y .500 en hombres. Debido a que el nivel de valor crítico o de significación fue menor que .05 se concluye que existe diferencia significativa en el estilo de análisis cognitivo reflexivo en cuanto al género. De acuerdo a la media, se puede deducir que las mujeres presentan más tendencia a utilizar éste tipo de estilo que los hombres.

Por último, no se observaron diferencias significativas de media en los estilos de distanciamiento ($t = .673, p = .501$) y negación ($t = .218, p = .796$) con respecto al género, debido a las puntuaciones extremas en las dimensiones.

CAPÍTULO V

RESUMEN, DISCUSIÓN CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Introducción

En este capítulo se encuentra un resumen del objetivo principal de la presente investigación. Así mismo, se describe qué procedimientos metodológicos fueron utilizados. Posteriormente, se desarrolla una discusión de acuerdo a los resultados y por último se hacen algunas recomendaciones para futuras investigaciones.

Resumen

El presente estudio se enfocó en la relación entre el síndrome de desgaste laboral y las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud. Por lo tanto el problema de investigación se planteó de la siguiente manera: ¿Existe relación entre el síndrome de desgaste laboral y los estilos de afrontamiento de los profesionales de la salud que laboran en los DIF de la región del Valle del Pílon durante la administración 2009-2012?

De acuerdo a esta interrogante, surge el objetivo de conocer cuáles son las dimensiones del síndrome de desgaste laboral y los diferentes estilos de afrontamiento que predominan en este tipo de población, así como conocer la posible relación entre ellas.

La revisión de literatura que se llevó a cabo en este estudio, se basó de acuerdo a diversas investigaciones que han estudiado individualmente y en conjunto

las variables de este estudio. La metodología de esta investigación, presenta un enfoque cuantitativo, de tipo correlacional.

La población que se observó para este estudio, estuvo constituida por todos los profesionales de la salud disponibles de los DIF de la región del Valle del Pílon durante la administración 2009-2012.

Discusión

El estudio del síndrome de desgaste laboral, ha crecido en complejidad a medida que se han identificado y evaluado las posibles causas determinantes y los procesos adyacentes. Las recientes investigaciones, parten de una perspectiva integradora donde no sólo consideran a los factores organizacionales como detonantes, sino también, la forma en cómo las personas responden ante el estrés (Castañeda y García, 1994).

En la presente investigación se postuló la posible existencia de una relación entre el síndrome de desgaste laboral y los estilos de afrontamiento al estrés en profesionales de la salud que laboran en las instituciones del DIF de la región del Valle del Pílon.

Primeramente se observó que de acuerdo a los resultados, la dimensión del SDL utilizada con mayor frecuencia es la realización personal. Manassero et al. (2005) refiere, que la realización personal se relaciona con aquellos profesionales que presentan un apoyo social, familiar e institucional. Además de mantener una actitud empática, emprendedora y relajada.

En cuanto al estilo de afrontamiento más utilizado, se observó que fue la re-evaluación positiva a lo que estudios realizados por Hernández et al. (2004) conclu-

yen, que el estilo de reevaluación positiva se encuentra relacionado con niveles altos de Burnout. Por otro lado, diversas investigaciones concuerdan que la reevaluación positiva se asocia con niveles bajos de desgaste laboral ya que, se considera como un factor de protección y de resistencia para afrontar el estrés (Limiñana, Corbalán y Patró, 2007; Jaramillo et al., 2009).

De esta manera, podría suponerse que el uso de la reevaluación positiva hará que la situación estresante se evalúe desde una perspectiva diferente, percibiéndola como una experiencia de enseñanza que deja un significado positivo, el cual se verá reflejado a través de un crecimiento y realización personal (Sandín, 2004).

Otro resultado que se encontró a través de esta investigación, es la relación levemente significativa entre el cansancio emocional y los estilos evasivos y de negación. Este resultado, es semejante con el informado por Palmer et al. (2005) refiriendo, que los individuos que utilizan estilos de afrontamiento de evitación o negación, presentan una mayor probabilidad de padecer cansancio emocional. De la misma manera Hernández et al. (2004) confirma la existencia de una relación entre las estrategias de afrontamiento de escape y evitación con niveles altos de cansancio emocional.

Sin embargo un estudio realizado en México por Zavala et al. (2008) indicó, que los estilos de contender el estrés en los mexicanos frecuentemente son evasivos, utilizándolos en ciertas situaciones, y bajo condiciones específicas de tensión, lo cual hace pensar que probablemente hacen uso de los estilos evasivos o de negación, mientras solucionan el problema, para después actuar con responsabilidad.

Con relación a lo antes mencionado, podría sugerir que si las demandas del sujeto exceden de sus recursos emocionales, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción como lo son el estilo evasivo, distanciamiento y negación, pueden restablecer el equilibrio emocional del sujeto para luego afrontar el problema (Marsollier, 2012), lo cual indicaría, que los estilos evasivos y de negación no son totalmente los causantes principales del cansancio emocional.

En cuanto al cansancio emocional, diversos estudios lo encuentran vinculado con factores organizacionales y personales como son los rasgos de personalidad. Bencomo, Paz, y Liebster (2004) refieren, que las personas con patrón de personalidad tipo A presentan más cansancio emocional por lo tanto, son más predisponentes al desarrollo del Burnout. Esto podría deberse a que presentan un perfil psicológico de respuesta excesiva, agresiva y tensa además de otros rasgos como competitividad, ambición, impaciencia y desinterés en las relaciones interpersonales (Hernández et al., 2004).

Por lo tanto, podría sugerirse que la personalidad tiende a influir en cierta medida en la respuesta del estrés, ya que de acuerdo a sus recursos personales, el sujeto evalúa y percibe de cierta manera la situación como amenazante, haciéndolo actuar con base en ello.

En cuanto a los factores organizacionales que se encuentran vinculados con el agotamiento emocional, se observa que la sobrecarga laboral, el número de horas semanales y el turno rotativo de trabajo, influyen en el desarrollo del SDL, esto a causa del poco control y el bajo nivel de decisión que el sujeto tiene sobre ellos (Moreno et al., 2006; Maslach et al., 2001; Tejada y Gómez, 2009).

Con relación a la hipótesis planteada y el género, los resultados obtenidos en la presente investigación, reportaron que no hay relación entre el cansancio emocional y las mujeres. En cuanto al sexo masculino, se encontró una relación significativa entre el cansancio emocional y los estilos de evitación y negación. Así mismo, se observó una relación significativa entre el cansancio emocional y el estilo de distanciamiento. Dichos resultados concuerdan con los obtenidos por Linzer et al. (2001) donde el distanciamiento y la negación son los estilos más utilizados por médicos hombres que por mujeres.

Un estudio empleado por Moskowitz (1999) a profesionales de la salud, concluye que los hombres presentan la necesidad de mantener una imagen de seguridad hacia sus pacientes, desarrollando estilos de negación, evitación o distanciamiento hacia sus problemas o necesidades personales. Esto trae como consecuencia la negación de sus propias emociones, así como la de sus pacientes, ocasionándole un agotamiento emocional el cual repercutirá en su desempeño en el trabajo.

Luna (2003) refiere que factores como la personalidad son partidarios importantes en la manifestación de las dimensiones del SDL. Los rasgos de personalidad "narcisista y esquizoide" son características comúnmente observadas en profesionales masculinos. La falta de empatía y la despreocupación por el bienestar de los demás, hacen que el profesional se concentre únicamente en un sólo objetivo, lo cual terminara por agotarlo emocionalmente. Un posible argumento que da respuesta al hecho de que los varones mantengan una asociación entre el cansancio emocional y el estilo evasivo, distanciamiento y de negación, es la importancia de los rasgos y actitudes personales que se utilizan para hacer frente al estrés.

Por lo tanto, se observa que el tipo de personalidad y los factores laborales van a influir en cierta manera, en la percepción y respuesta de la situación amenazante.

Con respecto a las dimensiones de despersonalización y baja realización personal del SDL con relación a los estilos de reevaluación positiva y el análisis cognitivo reflexivo, no se obtuvo significancia estadística lo cual, podría sugerir que estos mecanismos de afrontamiento no influyen de manera significativa en el desarrollo del Burnout en el presente estudio. Sin embargo de acuerdo a los resultados encontrados, los profesionales de la salud se encuentran propensos a contraer desgaste laboral, debido a que se ubican en la primera fase del desgaste laboral: agotamiento emocional.

Otra cuestión a destacar con relación a la hipótesis de esta investigación, es la antigüedad. Los resultados obtenidos, indican que existe relación significativa entre la antigüedad y la realización personal. Gil Monte y Peiró, (1997) agregan que la antigüedad de los profesionales jóvenes o nuevos en su puesto de trabajo, con poca o ninguna experiencia mantienen una menor cantidad de estrategias de afrontamiento para evitar las situaciones estresantes, por lo tanto, son más susceptibles a padecer síndrome de desgaste laboral.

También debe destacarse que existen otras investigaciones que rechazan la hipótesis de esta investigación en relación con la antigüedad. Aludiendo que a mayor antigüedad menor realización personal aumentando así, las expectativas que facilitan el cansancio emocional (De la Rosa y Moncada, 2011).

En cuanto a la edad, se encontró una relación significativa con la realización personal. Aunque diversos estudios describen que la edad no necesariamente influye en el desarrollo del Burnout así como en el empleo de estrategias de afrontamiento, los resultados obtenidos por Albaladejo et al. (2004) deducen, que la edad no presenta relación con ninguna de las dimensiones del SDL, aludiendo que dicha variable no es un factor influyente del Burnout. Por otro lado, estudios realizados por Mingote y Pérez (2003) mencionan, que sí existe relación entre la edad y las dimensiones del desgaste laboral.

La variable edad con relación al desgaste laboral ha sido un tema polémico, la diversidad de información, deduce que tanto la edad puede ser un factor influyente en el Burnout o no. Por lo tanto, de acuerdo a diversos estudios y a la presente investigación, podría concluirse que los síntomas de desgaste laboral pueden detonarse en cualquier sujeto sin importar la edad que presente (Álvarez, Arce, Barrios, y Sánchez, 2005).

Para finalizar, se encontró que existen diferencias entre el estilo de análisis cognitivo reflexivo en cuanto al género, observándose, que las mujeres de la presente investigación tienden a utilizar este tipo de afrontamiento más que los hombres. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Popp (2008) y Hernández et al., (2004) donde refieren, que las mujeres que utilizan este tipo de estilo, centran sus acciones en el análisis, renovación y valoración de las amenazas y enfermedades de sus pacientes, con la finalidad de entenderlos y comprenderlos, siendo cuidadosas en su expresión emocional, así como en el control de sus propias emociones, de tal forma, que no interfieran con el trabajo que deben realizar.

Por lo tanto, se puede deducir que el uso del estilo de análisis cognitivo reflexivo, no sólo ayuda a mantener un equilibrio emocional hacia los pacientes, si no que efectúa un equilibrio personal, en el cual, evita que las tensiones extra laborales como las del hogar, influyan en la atención que se manifiesta en el paciente. Tal información, puede explicar la baja presencia de Burnout en las mujeres en comparación con la de los hombres de la presente investigación, quienes tienden a utilizar estilos de negación, evasión y distanciamiento. Negando sus emociones y problemas, generando con el paso del tiempo síntomas de cansancio emocional, lo cual es clínicamente significativo ya que de acuerdo a la literatura estudiada, el agotamiento o cansancio emocional es el primer factor para el desarrollo del Burnout.

En síntesis, es importante destacar que el presente estudio concuerda con los hallazgos encontrados por otras investigaciones en esta área, aludiendo, que el síndrome de Burnout es multidimensional. Donde la influencia de los estilos de afrontamiento, así como las variables género, edad y antigüedad son de suma importancia para el desarrollo y mantenimiento del síndrome.

Conclusiones

Las principales conclusiones del presente estudio son las siguientes:

1. Los estilos de negación y evasivo mantienen una tendencia a producir síntomas de agotamiento emocional sobre los profesionales de la salud que adquieren este tipo de afrontamiento.
2. En cuanto a la variable género, se percibió que los hombres utilizan frecuentemente los estilos evasivo, distanciamiento y negación, detonándoles índices altos de cansancio o agotamiento emocional.

3. Se observó que la realización personal presenta cierta relación con la edad y la antigüedad deduciendo que a mayor antigüedad y edad mayor será la realización personal del profesional de salud.

4. Se establece que existe diferencia significativa en el análisis cognitivo reflexivo según el género donde se observó que las mujeres utilizan con mayor frecuencia este estilo.

Recomendaciones

De acuerdo con los resultados obtenidos de la presente investigación se proponen las siguientes recomendaciones:

1. Ampliar los resultados de la investigación a otros contextos, tomándose en cuenta una población mayor que pertenezca a diversas instituciones del DIF. Esto debido a que sólo se enfatizó en la región del Valle del Pílon del estado de Nuevo León.

2. Incluir otros instrumentos de evaluación para conocer los diferentes estilos de afrontamiento.

3. Para estudios posteriores, se sugiere tomar en cuenta el tipo de personalidad de los profesionales de la salud.

4. Tener en cuenta otras variables de tipo sociodemográficas que son influyentes para detonar el síndrome de Burnout, como por ejemplo: el estado civil, número de hijos, turno, horas de trabajo, satisfacción laboral, nivel académico etc.

5. Para futuras investigaciones se recomienda utilizar el cuestionario de los estilos de afrontamiento de Lázarus y Folkman validado en población mexicana, para así aumentar la veracidad del mismo.

6. Elaborar un análisis más detallado en cuanto a la influencia de los recursos personales y organizacionales ante el uso de los estilos de afrontamiento.
7. Analizar la influencia del estilo de afrontamiento flexible con las tres dimensiones del SDL.
8. Realizar proyectos y capacitaciones de prevención y disminución del síndrome de Burnout, tomando en cuenta los estilos de afrontamiento.

APÉNDICE A
Instrumento de medición

MBI- Human Services Survey

Instrucciones: A continuación se presentan 22 afirmaciones. Usted deberá calificar cada afirmación de acuerdo a su propia experiencia y sobre la base de la numeración de la siguiente tabla.

Nunca	Pocas veces al año o menos	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Unas pocas veces a la semana	Todos los días
-------	----------------------------	------------------------	-------------------------	---------------------	------------------------------	----------------

- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
- Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo
- Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas
- Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales
- Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo
- Trato eficazmente los problemas de las personas
- Me siento "quemado" por mi trabajo

- Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás
- Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
- Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente
- Me siento muy activo
- Me siento frustrado en mi trabajo
- Creo que estoy trabajando demasiado
- No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio.....
- Trabajar directamente con personas me produce estrés
- Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.....
- Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas
- He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
- Me siento acabado
- En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
- Creo que las personas me culpan por algunos de sus problemas

¡GRACIAS!

APÉNDICE B
Estilos de Afrontamiento

Estilos de Afrontamiento

Instrucciones

- Marque con una "X" cuándo fue la última vez que vivió una experiencia de estrés:

La última semana: _____ El mes pasado: _____ Durante este año: _____

Indique brevemente en qué consistió esa situación que le provocó estrés:

- Ahora lea con cuidado cada una de las siguientes afirmaciones e indique en qué medida SINTIÓ o ACTUÓ, de acuerdo a lo que indica cada una de ellas según su experiencia de estrés, tomando en cuenta el número de respuesta que corresponda y tache dicho número en la última columna.

No, de ninguna manera: 0

Generalmente, usualmente: 2

En alguna medida: 1

Siempre, en gran medida: 3

ESTILO DE AFRONTAMIENTO				
• Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos más de lo acostumbrado.	0	1	2	3
• Busqué un poco de esperanza, intenté mirar las cosas por su lado bueno.	0	1	2	3
• Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte.)	0	1	2	3
• Esperé a que ocurriera un milagro.	0	1	2	3
• Me criticqué o cuestioné a mi mismo.	0	1	2	3
• Soñé o imaginé que las cosas eran mejores.	0	1	2	3

• Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor.	0	1	2	3
• Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	0	1	2	3
• Traté de olvidarme por completo del problema.	0	1	2	3
• Me disculpé o hice algo para compensar el problema.	0	1	2	3
• Tuve el deseo de que el problema se acabara o terminara.	0	1	2	3
• Me inspiré a hacer algo creativo.	0	1	2	3
• Me consolé pensando que las cosas podían ser peores.	0	1	2	3
• Esperé a ver qué pasaba antes de hacer algo.	0	1	2	3
• Me di cuenta que yo mismo causé el problema.	0	1	2	3
• Tuve fantasías o imaginé el modo en que podían cambiar las cosas.	0	1	2	3
• Cambié y maduré como persona.	0	1	2	3
• Evité que los demás se enteraran de lo mal que estaban las cosas.	0	1	2	3
• Tuve fe en algo nuevo.	0	1	2	3
• Me negué a creer lo que estaba pasando.	0	1	2	3

¡GRACIAS!

Si desea conocer los resultados de los cuestionarios con respecto a su nivel de desgaste laboral y estilo de afrontamiento al estrés, coloque su correo electrónico en la parte baja de esta hoja.

APÉNDICE C

Comportamiento de las variables

Frecuencias

[Conjunto_de_datos1]C:\Users\JAIMERODRIGUEZ\Documents\Tesis\NancyBenitez\datos
de Nancy.sav

Estadísticos			
		Antigüedad	Edad
N	Válidos	60	60
	Perdidos	0	0

Tabla de frecuencia Antigüedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1	8	13.3	13.3	13.3
	2	7	11.7	11.7	25.0
	3	8	13.3	13.3	38.3
	4	3	5.0	5.0	43.3
	6	3	5.0	5.0	48.3
	7	1	1.7	1.7	50.0
	8	1	1.7	1.7	51.7
	9	3	5.0	5.0	56.7
	12	3	5.0	5.0	61.7
	13	4	6.7	6.7	68.3
	14	3	5.0	5.0	73.3
	16	2	3.3	3.3	76.7
	17	2	3.3	3.3	80.0
	18	2	3.3	3.3	83.3
	19	1	1.7	1.7	85.0
20	1	1.7	1.7	86.7	

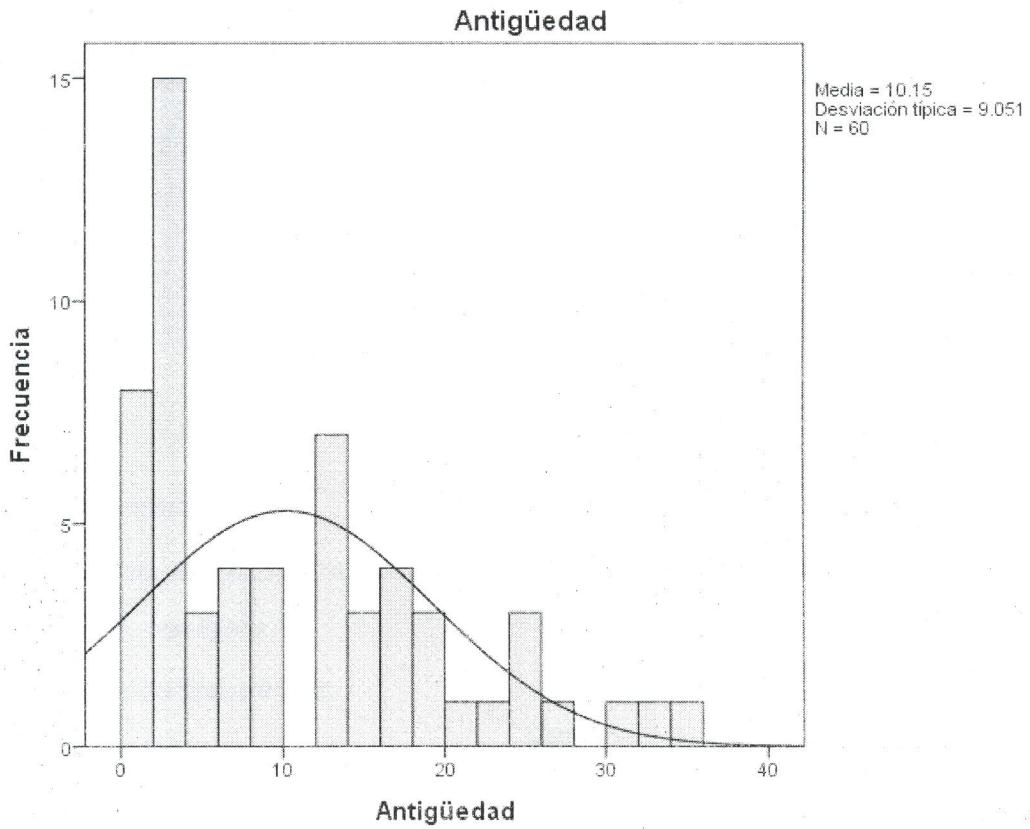
	22	1	1.7	1.7	88.3
	24	1	1.7	1.7	90.0
	25	2	3.3	3.3	93.3
	26	1	1.7	1.7	95.0
	30	1	1.7	1.7	96.7
	33	1	1.7	1.7	98.3
	35	1	1.7	1.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Tabla de frecuencia Edad

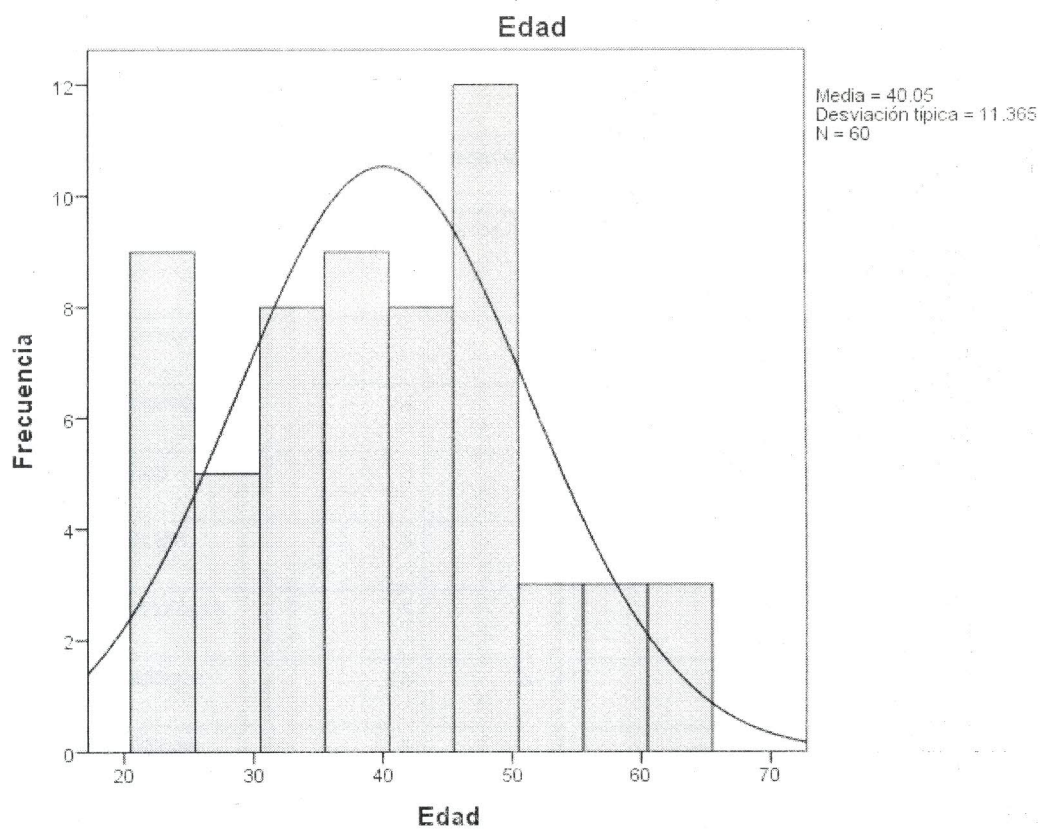
		Fre- cuencia	Porcen- taje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	23	1	1.7	1.7	1.7
	24	3	5.0	5.0	6.7
	25	5	8.3	8.3	15.0
	26	2	3.3	3.3	18.3
	27	2	3.3	3.3	21.7
	29	1	1.7	1.7	23.3
	31	2	3.3	3.3	26.7
	32	1	1.7	1.7	28.3
	34	4	6.7	6.7	35.0
	35	1	1.7	1.7	36.7
	36	2	3.3	3.3	40.0
	37	1	1.7	1.7	41.7
	38	2	3.3	3.3	45.0
	39	2	3.3	3.3	48.3
	40	2	3.3	3.3	51.7
	41	4	6.7	6.7	58.3
	42	3	5.0	5.0	63.3
	43	1	1.7	1.7	65.0
	46	2	3.3	3.3	68.3
	47	1	1.7	1.7	70.0
48	2	3.3	3.3	73.3	
49	3	5.0	5.0	78.3	
50	4	6.7	6.7	85.0	
53	3	5.0	5.0	90.0	

	56	1	1.7	1.7	91.7
	58	1	1.7	1.7	93.3
	59	1	1.7	1.7	95.0
	64	2	3.3	3.3	98.3
	65	1	1.7	1.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Histograma



Histograma



Frecuencias

[Conjunto_de_datos1] C:\Users\JAIME RODRIGUEZ\Documents\Tesis\Nancy.Benitez\datos de Nancy.sav

Tabla de frecuencia

Género

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Femenino	44	73.3	73.3	73.3
Masculino	16	26.7	26.7	100.0
Total	60	100.0	100.0	

Tabla de frecuencia

		Profesión			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Enfermería	7	11.7	11.7	11.7
	Fisioterapeuta	14	23.3	23.3	35.0
	Médico	6	10.0	10.0	45.0
	Nutrición	1	1.7	1.7	46.7
	Odontología	1	1.7	1.7	48.3
	Psicología	18	30.0	30.0	78.3
	Radióloga	1	1.7	1.7	80.0
	Trabajo social	12	20.0	20.0	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

Dimensiones del Síndrome de desgaste laboral

Frecuencias

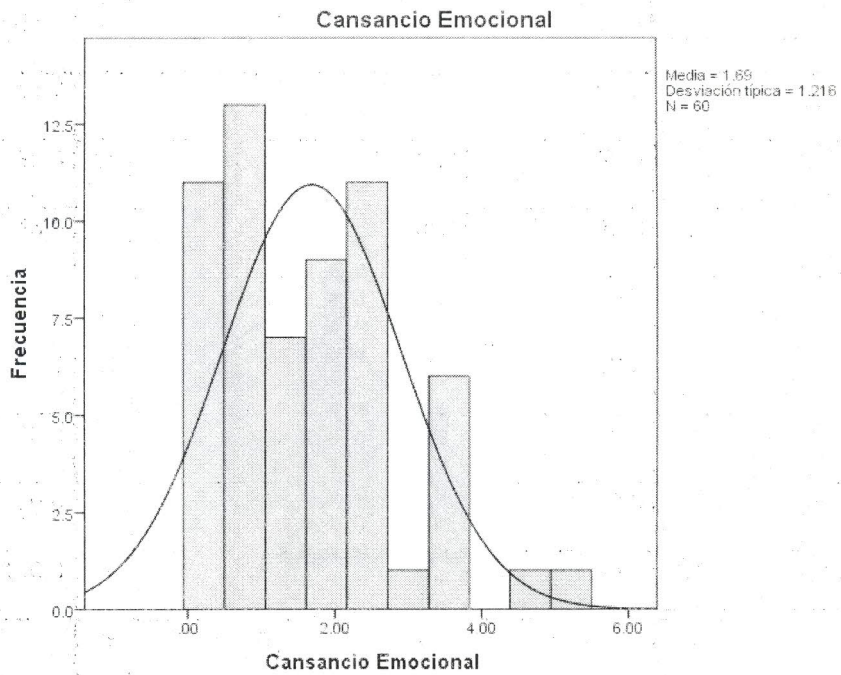
Cansancio emocional

Estadísticos

		Cansancio Emocional
N	Válidos	60
	Perdidos	0
Media		1.6889

Desv. Típ.	1.21558
------------	---------

Histograma



Frecuencias

Despersonalización

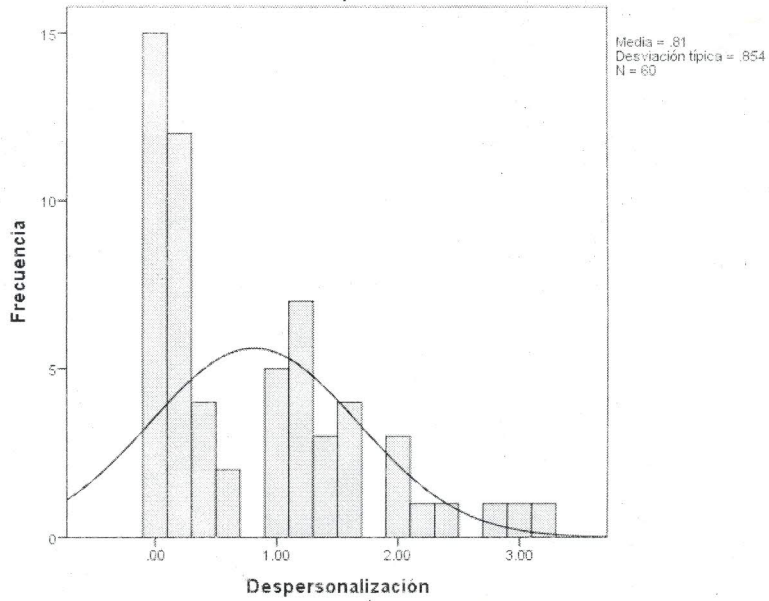
Estadísticos

		Despersonalización
N	Válidos	60
	Perdidos	0

Media	.8133
Desv. Típ.	.85400

Histograma

Despersonalización



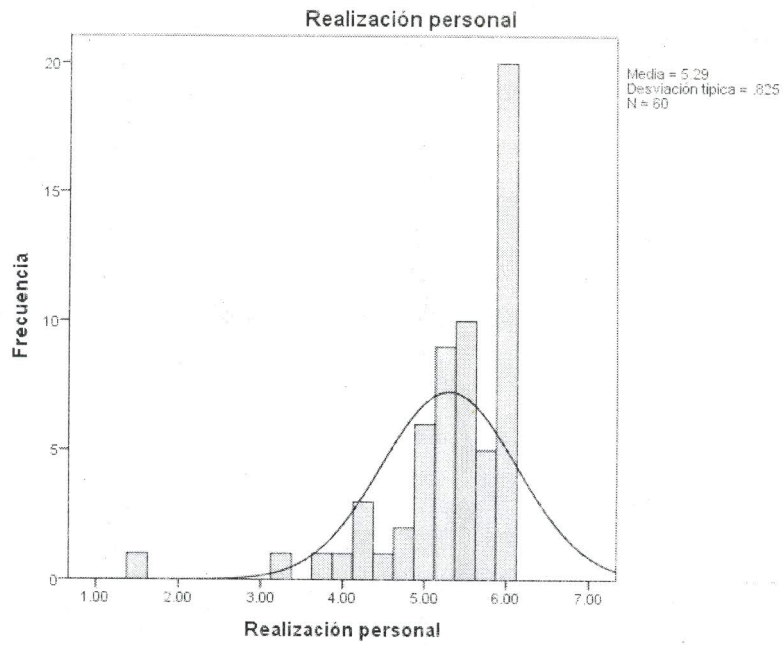
Frecuencias

Realización personal

Estadísticos

		Realización personal
N	Válidos	60
	Perdidos	0
Media		5.2938
Desv. Típ.		.82494

Histograma



Estilos de Afrontamiento

Frecuencias

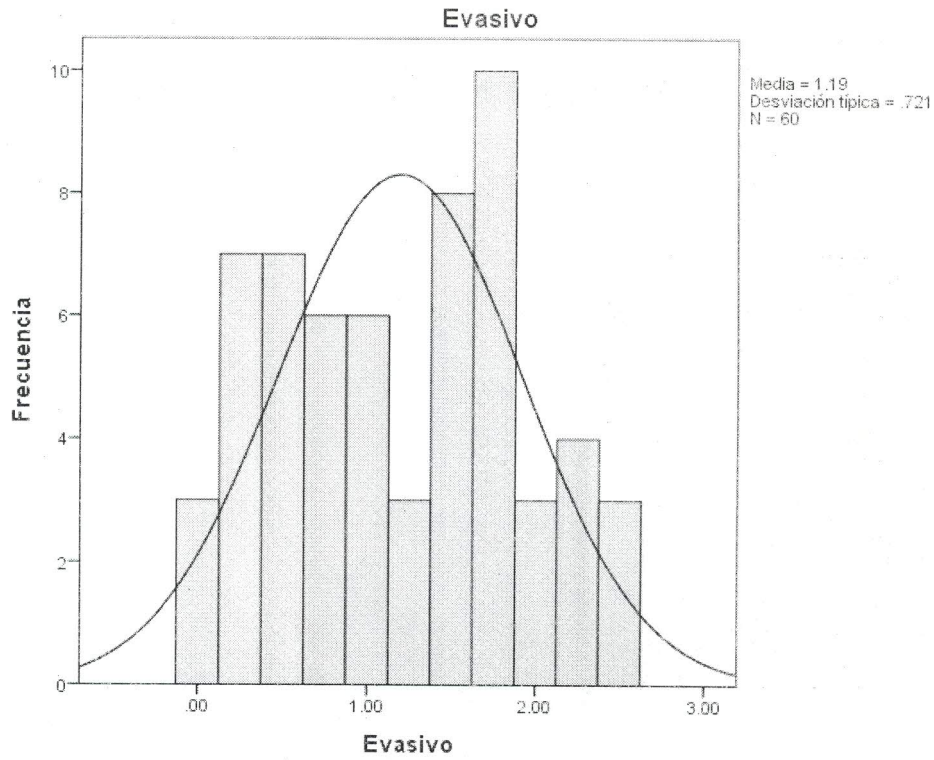
Estilo evasivo

Estadísticos

		Estilo Evasivo
N	Válidos	60

	Perdidos	0
Media		1.1917
Desv. Típ.		.72100

Histograma



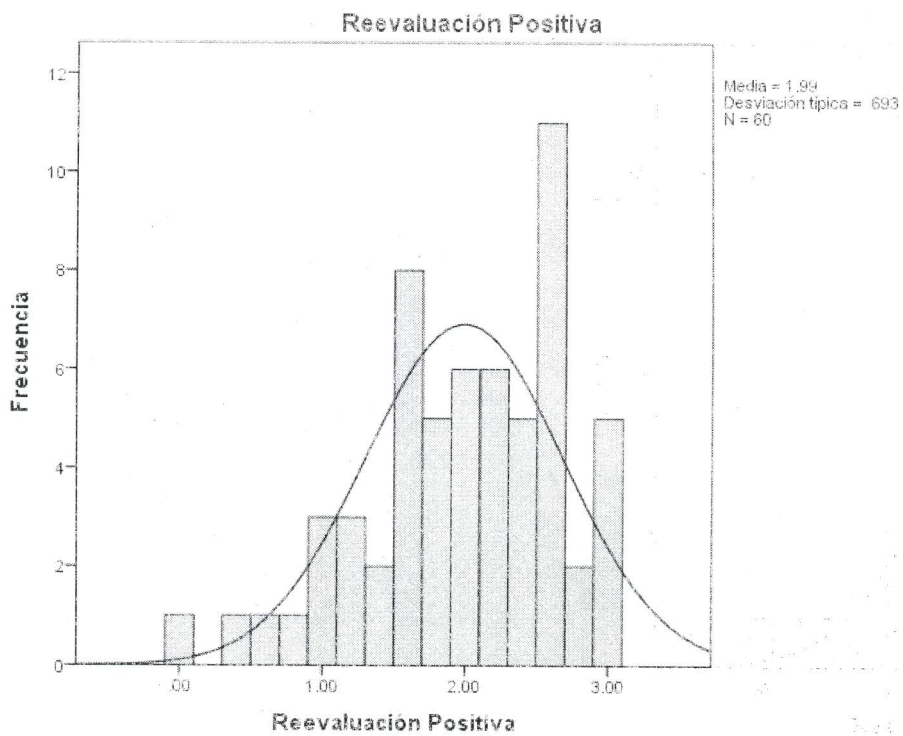
Frecuencias

Estilo de Reevaluación Positiva

Estadísticos

		Reevaluación Positiva
N	Válidos	60
	Perdidos	0
Media		1.9900
Desv. Típ.		.69324

Histograma



Frecuencias

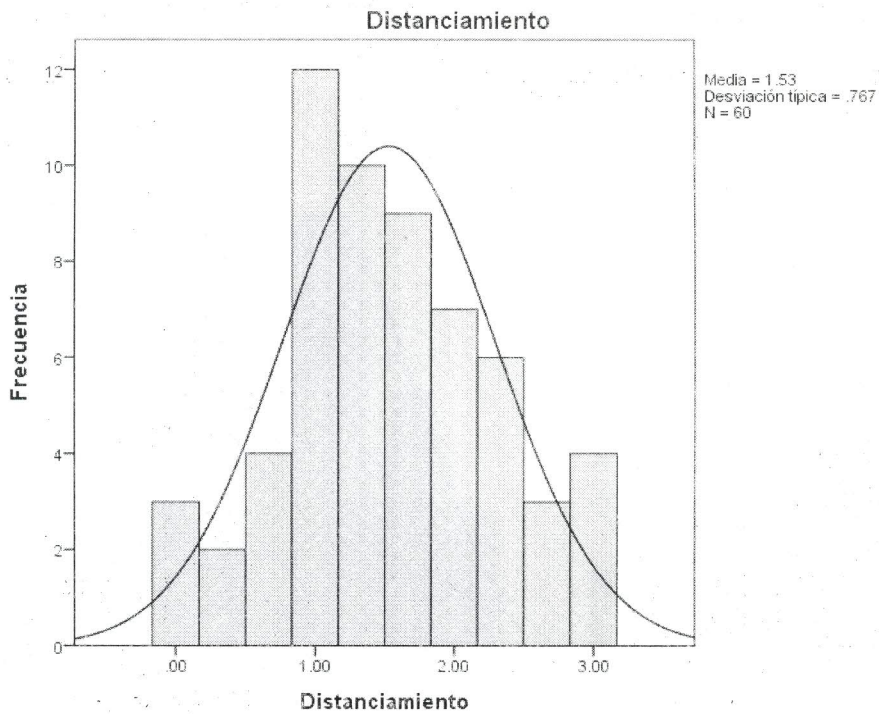
Estilo de Distanciamiento

Estadísticos

		Distanciamiento
N	Válidos	60

	Perdidos	0
	Media	1.5278
	Desv. Típ.	.76725

Histograma



Frecuencias

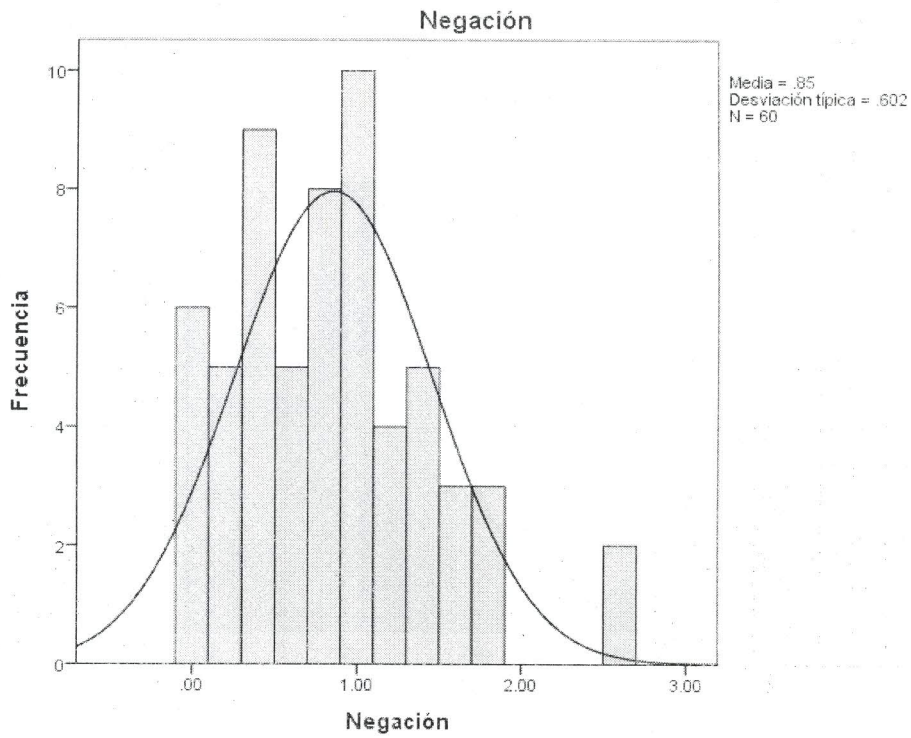
Estilo de Negación

Estadísticos

		Negación
N	Válidos	60

	Perdidos	0
	Media	.8533
	Desv. Típ.	.60154

Histograma



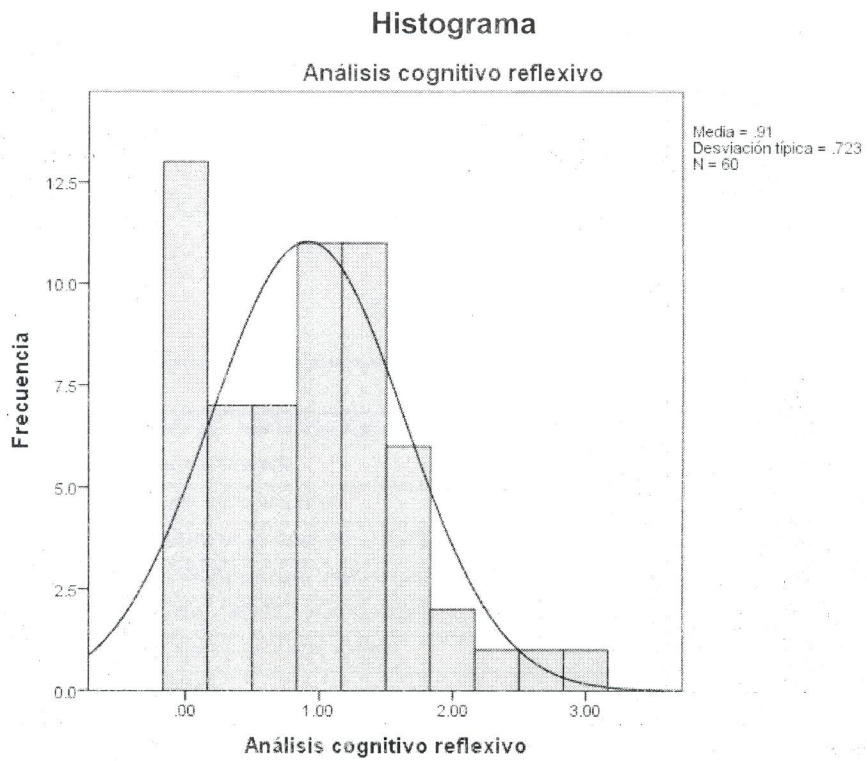
Frecuencias

Estilo de Análisis cognitivo reflexivo

Estadísticos

		Análisis cognitivo reflexivo
N	Válidos	60

	Perdidos	0
Media		.9111
Desv. Típ.		.72321



APÉNDICE D
Comportamiento de las declaraciones

Frecuencias

Descriptivos

Estilos de Afrontamiento

Estadísticos

	Media	Desv. tip.
Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos más de lo acostumbrado.	.45	.811
Soñé o imaginé que las cosas eran mejores.	1.17	1.076
Tuve el deseo de que el problema se acabara o terminara.	2.05	1.080
Tuve fantasías o imaginé el modo en que podían cambiar las cosas.	1.10	1.145
Busqué un poco de esperanza, intenté mirar las cosas por su lado bueno.	2.07	1.006
Me dije cosas que me ayudaron a sentirme mejor.	1.90	.969
Me inspiré a hacer algo creativo.	1.80	1.132
Cambié y maduré como persona.	2.10	.986
Tuve fe en algo nuevo.	2.08	1.062
Seguí adelante con mi destino (simplemente algunas veces tengo mala suerte.)	1.60	1.138
Seguí adelante como si no hubiera pasado nada.	1.72	1.106
Me consolé pensando que las cosas podían ser peores.	1.27	1.177
Esperé a que ocurriera un milagro	.43	.722
Traté de olvidarme por completo del problema.	1.05	1.064
Esperé a ver qué pasaba antes de hacer algo.	1.12	1.059
Evité que los demás se enteraran de lo mal que estaban las cosas.	1.23	1.212
Me negué a creer lo que estaba pasando.	.43	.698
Me criticqué o cuestioné a mí mismo.	.90	.933
Me disculpé o hice algo para compensar el problema.	1.10	1.053
Me di cuenta que yo mismo causé el problema.	.73	1.023
N válido (según lista)		

Frecuencias

Descriptivos

Síndrome de desgaste laboral

Estadísticos

	Media	Desv. tip.
Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	1.97	1.646
Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	2.33	1.954
Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo	2.28	1.748
Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo	1.60	2.060
Me siento "quemado" por mi trabajo	1.50	1.864
Me siento frustrado en mi trabajo	.83	1.342
Creo que estoy trabajando demasiado	2.63	2.372
Trabajar directamente con personas me produce estrés	1.10	1.548
Me siento acabado	.95	1.545
Creo que trato a algunas personas como si fueran objetos impersonales	.50	1.200
Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	.93	1.506
Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	1.03	1.746
No me preocupa realmente lo que ocurre a algunas personas a las que doy servicio	.92	1.907
Creo que las personas me culpan por algunos de sus problemas	.68	1.228
Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas	5.07	1.625
Trato eficazmente los problemas de las personas	5.37	1.340
Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás	5.52	1.127
Me siento muy activo	5.27	1.425
Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio	5.43	1.320
Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas	5.35	1.459
He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	5.52	1.081
En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	4.83	1.824
N válido (según lista)		

APÉNDICE E
Análisis estadísticos complementarios

Prueba T

Estadísticos de grupo					
	Género	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
Evasivo	Femenino	44	1.2273	.70054	.10561
	Masculino	16	1.0938	.78991	.19748
Reevaluación Positiva	Femenino	44	1.9864	.72355	.10908
	Masculino	16	2.0000	.62397	.15599
Distanciamiento	Femenino	44	1.5682	.77619	.11702
	Masculino	16	1.4167	.75523	.18881
Negación	Femenino	44	.8636	.65382	.09857
	Masculino	16	.8250	.44347	.11087
Análisis cognitivo reflexivo	Femenino	44	1.0606	.71986	.10852
	Masculino	16	.5000	.57090	.14272
Cansancio Emocional	Femenino	44	1.7727	1.27341	.19197
	Masculino	16	1.4583	1.04222	.26055
Despersonalización	Femenino	44	.8045	.84906	.12800
	Masculino	16	.8375	.89508	.22377
Realización personal	Femenino	44	5.1960	.89710	.13524
	Masculino	16	5.5625	.51438	.12859

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias			
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Dife- rencia de medias
Evasivo	Se han asumido	.380	.540	.631	58	.530	.13352

	varianzas iguales						
	No se han asumido varianzas iguales			.596	24.119	.557	.13352
Reevaluación Positiva	Se han asumido varianzas iguales	.453	.504	-.067	58	.947	-.01364
	No se han asumido varianzas iguales			-.072	30.696	.943	-.01364
Distanciamiento	Se han asumido varianzas iguales	.011	.916	.673	58	.503	.15152
	No se han asumido varianzas iguales			.682	27.330	.501	.15152
Negación	Se han asumido varianzas iguales	2.125	.150	.218	58	.828	.03864
	No se han asumido varianzas iguales			.260	39.480	.796	.03864
Análisis cognitivo reflexivo	Se han asumido varianzas iguales	.378	.541	2.806	58	.007	.56061
	No se han asumido varianzas iguales			3.127	33.458	.004	.56061
Cansancio Emocional	Se han asumido varianzas iguales	.629	.431	.884	58	.380	.31439
	No se han asumido varianzas iguales			.971	32.378	.339	.31439
Despersonalización	Se han asumido varianzas iguales	.031	.861	-.131	58	.896	-.03295
	No se han asumido varianzas iguales			-.128	25.471	.899	-.03295
Realización personal	Se han asumido varianzas iguales	1.203	.277	1.539	58	.129	-.36648
	No se han asumido varianzas iguales			1.964	46.632	.056	-.36648

Correlaciones

		Antigüedad	Edad
Evasivo	Correlación de Pearson	-.005	-.124
	Sig. (bilateral)	.969	.344
	N	60	60
Reevaluación Positiva	Correlación de Pearson	.117	.124
	Sig. (bilateral)	.371	.347
	N	60	60
Distanciamiento	Correlación de Pearson	.134	-.026
	Sig. (bilateral)	.307	.841
	N	60	60
Negación	Correlación de Pearson	.022	.041
	Sig. (bilateral)	.870	.757
	N	60	60
Análisis cognitivo reflexivo	Correlación de Pearson	.170	.108
	Sig. (bilateral)	.193	.409
	N	60	60
Cansancio Emocional	Correlación de Pearson	-.077	-.046
	Sig. (bilateral)	.561	.726
	N	60	60
Despersonalización	Correlación de Pearson	-.101	-.013
	Sig. (bilateral)	.442	.919
	N	60	60
Realización personal	Correlación de Pearson	.335	.354
	Sig. (bilateral)	.009	.006
	N	60	60

Correlaciones mujeres

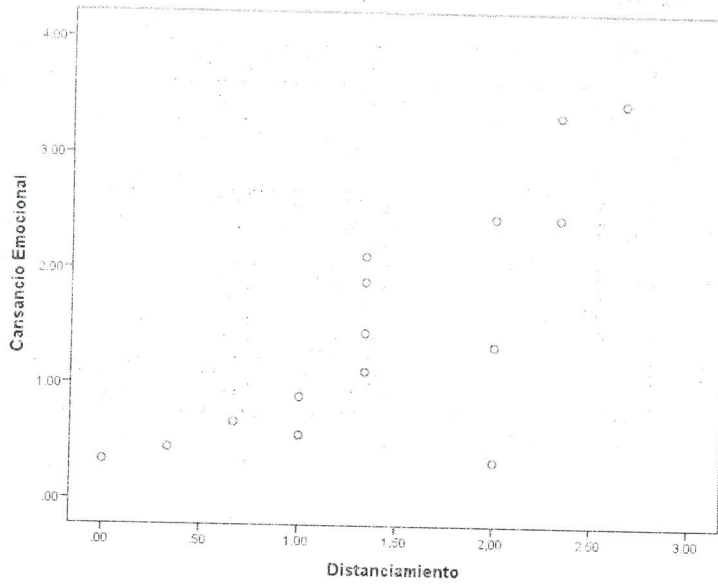
		Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización personal
Evasivo	Correlación de Pearson	.190	-.015	.237
	Sig. (bilateral)	.218	.921	.121
	N	44	44	44
Reevaluación Positiva	Correlación de Pearson	.067	-.180	.282

	Sig. (bilateral)	.665	.242	.064
	N	44	44	44
Distanciamiento	Correlación de Pearson	.049	-.046	.243
	Sig. (bilateral)	.751	.765	.112
	N	44	44	44
Negación	Correlación de Pearson	.254	.040	.059
	Sig. (bilateral)	.097	.798	.706
	N	44	44	44
Análisis cognitivo reflexivo	Correlación de Pearson	-.048	-.236	.269
	Sig. (bilateral)	.759	.122	.077
	N	44	44	44

Correlaciones Hombres

c		Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización personal
Evasivo	Correlación de Pearson	.630	.518	-.215
	Sig. (bilateral)	.009	.040	.423
	N	16	16	16
Reevaluación Positiva	Correlación de Pearson	.148	.005	.114
	Sig. (bilateral)	.584	.986	.674
	N	16	16	16
Distanciamiento	Correlación de Pearson	.776	.567	-.129
	Sig. (bilateral)	.000	.022	.635
	N	16	16	16
Negación	Correlación de Pearson	.576	.515	-.161
	Sig. (bilateral)	.019	.041	.552
	N	16	16	16
Análisis cognitivo reflexivo	Correlación de Pearson	.257	-.187	-.038
	Sig. (bilateral)	.336	.488	.889
	N	16	16	16

Gráfico



LISTA DE REFERENCIAS

- Aguilar, R. (2002). *Síndrome de burnout y su relación con la adaptabilidad y cohesión en la familia, en trabajadores de salud del primer nivel* (Tesis de especialidad en medicina familiar). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astacio, P., Calle, M. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Electrónica Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516. doi:10.1590/S1135-57272004000400008
- Alcocer, N. (2002). *Factores relacionados al síndrome de Burnout (desgaste) y a la sintomatología psiquiátrica en residentes de diferentes especialidades médicas* (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Alcover, C. M. (2004). *Introducción a la psicología del trabajo*. España: Mc Graw Hill.
- Álvarez, A., Arce, M., Barrios, A., y Sánchez, A. (2005). Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la Vla. Cátedra de Medicina*, 141, 27-30.
- Anderson, D. G. (2001). Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse and Neglect*, 24(6), 839-84. DOI:10.1016/S0145-2134(00)00143-5
- Antai-Otong, D. (2001). Creative stress-management techniques for self-renewal. *Life y Health*, 31(2) 35-9.
- 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*, 15(29), 1-7.
- Aranda, C., Pando, M., Brizuela, I., Acosta, M. y Reyes, M. (2003). Síndrome de burnout y factores psicosociales en el trabajo en estudiantes de postgrado del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 30(4), 193-199.

- Arias, F., Bilbao, F., Juárez, A., González, M., Hernández, L., Benítez,.... Terrazas, A. (2006, Octubre). *Un estudio de agotamiento (burnout) profesional en el personal de salud en el estado de Morelos*. Primera Reunión de las Américas en Investigación sobre Factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo, Morelos, México.
- Aris, N. (2009). El síndrome de burnout en los docentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 7(2), 829-842.
- Atance, M. J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303. DOI: 10.1590/S1135-57271997000300008
- Austria, F., Cruz, B., Herrera, L. y Salas, J. (2012). Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica*, 11(1), 197-206.
- Bakker, A. y Heuven, E. (2006). Emotional dissonance, burnout, and in-role performance among nurses and police officers. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 423-440. DOI:10.1037/1072-5245.13.4.423
- Beltrán, C., Moreno M., Salazar S., Torres T., Aldrete M y Pérez M (2005). Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, México. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(2):1-9.
- Bencomo, J., Paz, C. y Liebster, E. (2004). Rasgos de personalidad, ajuste psicológico y síndrome de agotamiento en personal de enfermería. *Investigaciones clínicas*, 45(2), 113-120.
- Benevides, P., Moreno, J., Garrosa, H. y Gonzáles, G. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: el Inventario de Burnout en Psicólogos. *Clínica y Salud*, 13(3), 257-283.
- Benzur, H. y Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists and nurses: The role of challenge. *Social Work in Health Care*, 45(4), 63-82. DOI:10.1300/J010v45n04_04
- Bernardo, M. y Justicia, F. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 323-335.
- Blandin, J. y Martínez, D. (2005). Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 51(104), 12-15.

- Boada, J., Vallejo, R. y Argulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicosomáticas como consecuencias del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, 16(1), 125-131.
- Brake, H., Bouman, A., Gorter, R., Hoogstraten, J. y Eijkman, M. (2007). Professional burnout and work engagement among dentists. *European Journal of Oral Sciences*, 115(2), 180-185. DOI: 10.1111/j.1600-0722.2007.00439.x
- Buceta, J. M. (2001). *Intervención psicológica y salud control: del estrés y conductas de riesgo*. Madrid, España: Dykinson.
- Burke, R. y Greenglass, E. (2001). Hospital restructuring and nursing staff well-being: The role of coping. *International Journal of Stress Management*, 7, 49-59. DOI: 10.1023/A:1009566715728
- Cáceres, G. (2006). *Prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario militar* (Tesis doctoral no publicada). Universidad Complutense de Madrid, España.
- Campos, C. y Meza, M. (1990). *Salud mental y trabajo: estrés ocupacional en las enfermeras* (Tesis de Licenciatura). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Capilla, P. (2000). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. *Revista Fundación (Facultad de Medicina)*, 58(1334), 59-58.
- Castaño, E y León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (2), 245-257.
- Castañeda, E. y García, J. (1994). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39, 67-84. DOI:80615449006
- Castillejos, E. (2012). México, séptimo país con mayor estrés laboral. *Merca dotecnia publicidad medios*. Recuperado de <http://www.merca20.com/mexico-septimo-pais-con-mayor-estres-laboral/>
- Cheng, C. (2001). Assessing coping flexibility in real-life and laboratory settings: A multimethod approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 814-833. DOI: 10.1037/0022-3514.80.5.814
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, health, work stress and organizational healthiness. En W. B Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. Editor (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 177-193). London: Taylor & Francis.
- Crespo, M. y Labrador, F. J. (2004). *Estrés*. España: Síntesis.

- Dávalos, H. (2005). Nivel de estrés laboral en enfermeras del Hospital Nacional de Emergencias "José Casimiro Ulloa" (Tesis de Licenciatura). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- De la Rosa, G. y Moncada, D. (2011). *Relación entre personalidad resistente, edad, sexo, turno, antigüedad y burnout en operadores de atención al cliente* (Tesis doctoral). Universidad catolica Andres Bello, Caracas.
- De Rijk, A., Le Blanc, P., Schaufeli, W. y De Jong, J. (1998). Active coping and need for control as moderators of the job demand-control model: effects on burnout. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 71(1), 1-18. DOI: 10.1111/j.2044-8325.1998.tb00658.x
- Demerouti, E., Bakker, A., de Jonge, J. y Janssen, P. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 27(4), 279-286. DOI:10.5271/sjweh.615
- Díaz, R., Pérez, E. y Lartigue, T. (2006). Desgaste profesional en un grupo de odontólogos. *Revista Medigraphic*, 63(6), 220-224.
- Drake, B. y Yadama, G. (1995). Confirmatory factor analysis of the Maslach Burnout Inventory. *Social Work Research*, 19(3), 184-192.
- Escribá, A., Martín, D. y Pérez, S. (2006). Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80, 127-133. DOI: 10.1007/s00420-006-0110-y
- Fernández, M. (2009). *Estrés, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería* (Tesis Doctoral). Universidad de León, España
- Franco, B. (1999). Nivel de síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos. *Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría*, 34(6), 252-260.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165. DOI: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Gálvez, M., Moreno, B. y Mingote, J. C. (2011). El desgaste profesional del médico. *Frontera dermatológica*, 15, 16-19. DOI: 10.5538/1887-5181.2011.15.16
- Gelsema, T., Maes, M., Akerboom, S., Verhoeven, C. y Doef, M. (2005). Job stress in the nursing profession: The influence of organizational and environmental conditions and job characteristics. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(3), 222-240. DOI: 10.1037/1072-5245.14.1.1

- Giardini, A., Frese, M. y Liebig, L. (2006). Reducing the negative effects of emotion work in service occupations: emotional competence as a psychological resource. *Journal of Occupational Health Psychology, 11*(1), 63-75. DOI:10.1037/1076-8998.11.1.63
- Gil Monte, P., Peiró J y Valcárcel, P. (1995). El Síndrome de Burnout entre profesionales de enfermería: una perspectiva desde los modelos cognitivos de estrés laboral. En L. González, A. de la Torre, y J. de Elena (comp.), *Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Gestión de Recursos Humanos y Nuevas Tecnologías* (págs. 211-224). Salamanca, Eudema.
- Gil Monte, P. y Peiró, J. (1998). A study on significant sources of the Burnout Syndrome in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain, 1*(1), 55-62.
- Gil Monte, P. y Peiró, J. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo en España según el MBI-HSS. *Revista Psicología Trabajo Organizacional, 40*(002), 135-149.
- Gil Monte, P. R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Pública de México, 44*(1), 33-40. DOI: 10.1590/S0036-36342002000100005
- Gil Monte, P. R. (2007). Cómo evaluar y prevenir el síndrome de quemarse en el trabajo. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales, (34)*, 44-47.
- Gil Monte, P. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Editorial Síntesis. DOI: 84-7738-472-X
- Gil Monte, P. y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse en el trabajo. *Anales de Psicología, 15*(2), 261-268.
- Góngora, C. y Reyes, I. (1999). El enfrentamiento a los problemas en jóvenes y adultos yucatecos. *La revista de Psicología Social en México, 7*, 18-23.
- González, A. (2006). *Cuidando a un enfermo: afrontamiento, estrés, burnout y apoyo social percibido* (Tesis de licenciatura). Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Grau, A. (2008). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: un estudio longitudinal* (Tesis doctoral). Universidad de Valencia. España.

- Gueritault, V., Kalichman, S. C., Demi, A. y Peterson, J. L. (2010). Work-related stress and occupational burnout in AIDS caregivers: Test of a coping model with nurses providing AIDS care. *AIDS care*, 12(2), 149-161.
- Guillén, G. C. y Guil, B. R. (2000). *Psicología del trabajo para las relaciones laborales*. Madrid, España: McGraw-Hill. DOI:970-10-4750-8
- Hernández, E., Cerezo, S. y López, G. (2007). Estrategias de afrontamiento ante el estrés laboral en enfermeras. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 15(3), 161-166.
- Hernández, G., Castejón, E. y Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(002), 323-336.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª ed.) México: McGraw-Hill.
- Huerta, H. R. y Corona, M. J. (2003). *Evaluación de los estilos de afrontamiento en cuidadores primarios de niños con cáncer* (Tesis de licenciatura) Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Ituarte, A. (1995). El papel del trabajador social en el contexto sanitario. *Trabajo Social y Salud*, 20, 275-290.
- Ituarte, A. (2001). *Rol de la Trabajadora Social en Atención Primaria de la Salud*. Recuperado de http://www.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/6/6_1/pdf/ROL_PROFESIONAL.pdf
- Jaramillo, E. A., Ruiz, V. M. y Pardo, I. L. (2009). Síndrome de Burnout y estilos de afrontamiento al estrés del personal médico asistencial en una red urbana de servicios de salud de la ciudad de Montería. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*, 5(8), 15-22.
- Juárez, A. (2002). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Gaceta Sanitaria*, 49(2), 480-486. DOI: 10.1590/S0036-36342007000200006
- Juárez, A. (2004). Factores psicosociales relacionados con la salud mental en profesionales de servicios humanos en México. *Ciencia y trabajo*, 6(14), 189-196.
- Labiano, L. M y Correché, M.S. (2002). Afrontamiento del estrés. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 11(2), 105-112.
- Latack, J. (1986). Coping with job stress: Measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 3, 377-385.

- Lazarus, R. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247. DOI: 10.1.1.115.9665&rep=rep1&type=pdf
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Consulting Psychologist Press. Palo Alto, Estados Unidos: Virginia Hill Rice.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca. DOI:71195
- Lazarus, R. (2000). *Pasión y Razón. La comprensión de nuestras emociones*. España: Paidós Iberica
- Leiter, M. y Schaufeli, W. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress and Coping*, 9, 229-243. DOI: 10.1080/10615809608249404
- Leka, S., Griffiths, A. y Cox, T. (2005). *La organización del trabajo y el estrés*. Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones. Recuperado de http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf
- Limiñana, R., Corbalán, J. y Patró, R. (2007). Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina. *Anales de Psicología*, 23(002), 201-206.
- Linzer, M., Visser, M., Oort, F., Smets, E., McMurray, J. y Haes, H. (2001). Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *American Journal of medicine*, 111, 170-175.
- Lipko, E. y Dumeynieu, M. (2004). *Patología Laboral*. Buenos Aires: Lugar Editorial, S.A.
- Lozada, V. y García, F. (2010). *Tercer foro de las américas en investigación sobre factores psicosociales*. Recuperado de www.factorpsicosociales.com/tercerforo
- Luna, I. (2003). Trastornos de personalidad y género. *Psiquiatría Biológica*, 4, 84-95.
- Manassero, M. A., García, E., Torrens, G., Vázquez, A. y Ferrer, V. (2005). Burnout en la enseñanza: aspectos atribucionales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 21(1-2), 89-105.
- Marsollier, R. (2012). *La incidencia del afrontamiento frente a situaciones de riesgo psicosocial en el trabajo*. Ponencia presentada en el séptimo congreso

virtual de psiquiatría.com, Argentina. Recuperado de <http://http://www.psiquiatría.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/5270/1/11conf4%2054730.pdf>

- Martínez, C. y López, G. (2005). Características del Síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(1), 6-9.
- Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397-422.
- Maslach, C., y Jackson, S. (1979). Burnout-out cops and their families. *Psychology Today*, 12(12), 59-62.
- Meda, R., Moreno, B., Rodríguez, A., Morante, E. y Ortiz, G. (2008). Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de Psicólogos Mexicanos. *Psicología y Salud*, 18(001), 107-116.
- Mingote, J. y Pérez, S. (2003). *Estrés en la enfermería*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Molina, J. y Avalos, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. *Revista Tesela*, (2), 83-105.
- Moreno, B., Garrosa, E., Rodríguez, R. y Morante, M. (2003). El desgaste profesional o burnout en los profesionales de oncología. *Boletín de Psicología* (79), 7-20.
- Moreno, B., Meda, R., Rodríguez, A., Palomera, A. y Morales, M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud*, 16(001), 5-13.
- Moreno, B., Gonzáles, J., Garrosa, E. y Peñacoba, C. (2002). Desgaste profesional en hospitales: Influencia de las variables sociodemográficas. *Rol de enfermería*, 25(11), 18-26.
- Moskowitz, P. (1999). Physician Renewal: The importance of life balance. *Sonoma medical magazine*, 50.
- Navarro, M. (2000). Acercamiento al estrés en una muestra de estudiantes de medicina. *Revista del Instituto de Ciencias Médicas de la Habana*, 50(2), 25-32.
- Nolasco, D. Y. (2011). *Propuesta de un taller de relajación para el afrontamiento del síndrome de burnout* (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Oravec, R. y Moore, M. (2006). Recognition of suicide risk according to the characteristic of the suicide process. *Death Studies*, 30(3), 269-279.

- Ortega, C. y López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionaes sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(001), 137-160.
- Ortiz, G. y Orterga, M. (2009). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud*, 19(2), 207-214.
- Osborne, D. y Croicher, R. (1994). Levels of burnout in general dental practitioners in the South East or England. *British Dental Journal*, 177(10), 372-377. DOI: 10.1038/sj.bdj.4808616
- Palmer, L. Y., Gómez, A., Cabrera, C., Prince, R. y Searcy, R. (2005). Prevalence of burnout syndrome among anaesthesiologists in mexicali. *Gaceta Médica Mexicana*, 141, 181-183.
- Paris, L. y Omar, A. (2009). Estrategias de afrontamiento del estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*, 19(2), 167-175.
- Peiro, J. (2005). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid, España: Síntesis Psicología.
- Pinelo, C. y Salgado, V. (2002). *Comparación del nivel de burnout en diferentes staffs médico y paramédico del CMN 20 de Noviembre (ISSTE)* (Tesis de licenciatura) Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Pines, A. y Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York, Estados Unidos: Free Press.
- Pines, A. (1993). Burnout: An Existential Perspective. In W, Schaufeli y T. Marek. (Eds.), *Professional Burnout: recent developments in theory and research* (págs. 35-41). London: Taylor & Francis.
- Popp, M. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*, 25(1), 5-27.
- Ramírez, T. y Rangel, L. (2005). *Confiabilidad del cuestionario Maslach Burnout Inventory (IBM) en una muestra de trabajadores mexicanos pertenecientes al Distrito Federal* (Tesis de maestría). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rao, K., y Mehrotra, S. (1998). Clinical psychologists in India: A time for reflection and action. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 25(2), 124-135.
- REA. (2001). *Dirección de la lengua Española. Vigesima primera edición*. Madrid, España: Espasa Calpe.

- Rivera, J. (2004). *Síndrome de desgaste profesional en médicos del primer nivel de atención del IMSS* (Tesis de postgrado). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Rodríguez, R., Roque, Y. y Molerio, O. (2002). Estrés laboral; consideraciones sobre sus características y formas de afrontamiento. *Revista Internacional de Psicología*, 3(1), 1-19.
- Roger, D., Jarvis, G y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.
- Rubí, K. y Lara, L. (2010). *Síndrome de burnout en el personal de enfermería de los hospitales "la Carlota" y "Oscar Treviño"* (Tesis de licenciatura) Universidad de Morelos, México.
- Sánchez, L. y Solís, M. (2010). *Burnout y Satisfacción Laboral del personal del centro estatal de Rehabilitación y educación especial del DIF de la ciudad de Monterrey, Nuevo León* (Tesis de licenciatura). Universidad de Morelos, México.
- Sandín, B. (1995). *El estrés*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (2004). Estrés y trastornos emocionales. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos. (Eds.), *Manual de Psicopatología* (págs: 4-52). España: McGraw-Hill.
- Sandrin, L. (2005). *Ayudar sin quemarse. Como superar el burnout en las profesiones de ayuda*. Madrid, España: San Pablo.
- Sandstrom, A., Rhodin, I., Lundberg, M., Olsson, T. y Nyberg, L. (2005). Impaired cognitive performance in patients with chronic syndrome. *Biological Psychology*, 69(3), 271-279.
- Schaubroeck, J. y Merritt, D. (1997). Divergent effects on job control on coping with work stressors. The key role of self-efficacy. *Academy of Management Journal*, 40(3), 738-754.
- Serrano, F., Garcés, E. y Hidalgo, D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20(3), 361-368.
- Shanafelt, T., Bradley, K., Wipf, J. y Back, A. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, 136(5), 358-367.
- Shaufeli, W. y Enzeman, D. (1998). *The Burnout companion to study y practice: A critical analysis*. Taylor & Francis.

- Shiron, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S. y Shapira, I. (2005). *Burnout and health review: Current knowledge and future research directions. International Review of Industrial and Organizational Psychology*, (20). DOI:10.1002/0470029307.ch7
- Seisdedos, N. (1997). Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach. Madrid: TEA. Nicolás Seisdedos Cubero.
- Soler, J., Yaman, H. y Esteva, M. (2007). Burnout in European general practice and family medicine. *Social Behavior and Personality*, 35(8), 1149-1150. DOI: 10.2224/sbp.2007.35.8.1149
- Sotelo, A. y Maupone, S. (2000). *Traducción y estandarización del cuestionario modos de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman para una población de adolescentes mexicanos* (Tesis de licenciatura no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Stevens, M. y Higgins, D. (2002). The influence of risk and protective factors on burnout experienced by those who work with maltreated children. *Child Abuse Review*, 11(5), 313-331. DOI: 10.1002/car.754
- Sundin, L., Hochwälder, J., Bildt, C. y Lisspers, J. (2006). The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 758-769. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2006.01.004
- Tejada, M., Andrea, P. y Gómez, O. (2009). Factores psicosociales y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Revista colombiana de psiquiatría*, 38(3), 488-512.
- Vázquez, M. (2001). *Técnicas de relajación y respiración*. Madrid, España: Síntesis.
- Visoso, A., Sánchez, P. y Montiel, N. (2012). Síndrome de burnout en la facultad de odontología de la Universidad Autónoma del Estado de México. *International journal of odontostomatology*, 6(2), 129-138. DOI: 10.4067/S0718-381X2012000200003
- Wanderley, C., Hitomi, A. y Sampiao, J. (2007). *Salud mental y trabajo*. México: Plaza Y Valdes Editores.
- Weber, A. y Jaekel Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: A disease of modern societies. *Occupational Medicine*, 50(7), 12-17. DOI: 10.1093/occmed/50.7.512
- Wolfe, G. (1981). Burnout of therapists. *Physical Therapy*, 61, 1046-1050.

Wright, S. (1999). How to be happy at work. *Nursing Times*, 95, 26-28.

Yong, M. y Harrison, D. (1998). Role stressors, burnout, mediators, and job satisfaction: A stress-strain outcome model and an empirical test. *Social Work Research*, 22(2), 100-115. DOI: 10.1093/swr/22.2.100

Zavala, L., Rivas, R., Andrade, P. y Reidl, L. (2008). Validación del instrumento de estilos de enfrentamiento de Lázarus y Folkman en adultos de la Ciudad de México. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 159-182.

EXISTE RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE DESGASTE LABORAL
Y LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DE LOS PROFESIONALES
DE LA SALUD DE LOS DIF DE LA REGIÓN DEL VALLE DEL
PILÓN ADMINISTRACIÓN 2009- 2012


Tesis
presentada en cumplimiento parcial
de los requisitos para el título de
Licenciatura en Psicología Clínica

por

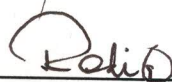
NANCY STEPFANIE BENÍTEZ MARTÍNEZ

APROBADA POR LA COMISIÓN:


Asesor principal: Mtro. Miguel Ángel
Alemany


Directora del protocolo de tesis:
Mtra. Susana Campos


Miembro: Dr. Pedro González


Miembro: Dr. Jaime Rodríguez G.

28. Noviembre. 2012
Fecha de aprobación