

UNIVERSIDAD DE PALERMO

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Carrera de Psicología

Trabajo Final Integrador

Título: Asociación entre Síndrome de *Burnout* y Respuestas de Afrontamiento en enfermeros que trabajan con adultos mayores con demencia

Alumna: Menchini Villaluenga, Lucía

Tutor: Dra. Lupano Perugini María Laura

Buenos Aires, Octubre de 2017

Índice

| | |
|--|----|
| 1. Introducción..... | 3 |
| 2. Objetivos..... | 3 |
| 2.1. Objetivo General..... | 3 |
| 2.2. Objetivos específicos..... | 3 |
| 3. Marco Teórico..... | 4 |
| 3.1. Síndrome de <i>Burnout</i> | 4 |
| 3.1.1. Modelos de análisis de Síndrome de <i>Burnout</i> | 6 |
| 3.1.1.1. Modelo Transaccional..... | 6 |
| 3.1.1.2. Teoría Ecológica del desarrollo humano..... | 6 |
| 3.1.1.3. Teoría Cognitiva..... | 6 |
| 3.1.1.4. Teoría Social y de las organizaciones..... | 6 |
| 3.1.1.5. Modelo de Demanda – Control..... | 7 |
| 3.1.1.6. Modelo del par Ilusión – Desilusión..... | 7 |
| 3.1.2. Variables que interactúan en Síndrome de <i>Burnout</i> | 8 |
| 3.1.3 Dimensiones y niveles de Síndrome de <i>Burnout</i> | 10 |
| 3.1.4. Síndrome de <i>Burnout</i> según la profesión..... | 12 |
| 3.1.4.1. Síndrome de <i>Burnout</i> en Enfermería..... | 13 |
| 3.1.5. Tratamiento del Síndrome de <i>Burnout</i> | 14 |
| 3.1.5.1. Cómo la institución puede prevenir el <i>Burnout</i> | 14 |
| 3.1.5.1. Cómo los trabajadores pueden protegerse del <i>Burnout</i> | 15 |
| 3.2. Respuestas de afrontamiento al estrés..... | 16 |

| | |
|---|----|
| 3.2.1. Relación entre el afrontamiento y el resultado..... | 17 |
| 3.2.2 Perspectivas sobre las respuestas de afrontamiento al estrés..... | 18 |
| 3.2.3. Modelos explicativos del afrontamiento..... | 21 |
| 3.2.3.1. Modelo de evitación – enfrentamiento..... | 21 |
| 3.2.3.2. Modelo enfocado en las emociones..... | 22 |
| 3.2.4. Relación entre apoyo social y afrontamiento..... | 22 |
| 3.2.5. Cómo afronta el afrontamiento a la salud somática..... | 23 |
| 4. Hipótesis..... | 25 |
| 5. Metodología..... | 26 |
| 5.1 .Tipo de estudio..... | 26 |
| 5.2 .Diseño..... | 26 |
| 5.3. Muestra..... | 26 |
| 5.4 .Instrumentos..... | 26 |
| 5.5 .Procedimiento | 27 |
| 6. Resultados | 28 |
| 6.1. Información psicológica complementaria de la muestra..... | 28 |
| 6.2. Objetivo 1..... | 28 |
| 6.3. Objetivo 2..... | 29 |
| 6.4. Objetivo 3..... | |
| 6.5. Objetivo 4..... | |
| 7. Conclusiones..... | |
| 7.1. Discusión Final..... | |

8. Referencias Bibliográficas

9. Anexo.....

1. Introducción

El presente trabajo final de integración refiere a una práctica de habilitación profesional realizada en un hogar para adultos mayores con modalidad geriátrica reservada para una comunidad religiosa, ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde la población asciende a partir de los 65 años. El hogar cuenta con tres pisos divididos en tipo de patología, severidad de la misma y habilidades conservadas de los residentes, contando así mismo con salas de kinesiología y fisioterapia, área médica integral, sección de terapia ocupacional, sector de voluntariado, salas de costura y peluquería. A su vez es pionero en método Montessori, que centra sus intervenciones en la persona como un todo integrado, donde el recorrido de vida, las motivaciones y la capacidad de cada persona son tomadas de forma individual y única para estimulación y/o rehabilitación.

Las actividades se realizaron en el sector de terapia ocupacional teniendo la supervisión del sector de asistencia social del hogar. Las mismas constaron de observación no participante al comienzo y participante con el avance de la implicancia a la institución en diversos talleres de estimulación y rehabilitación de praxias y capacidades cognitivas. De este modo, el surgimiento de planteo del caso a investigar nació gracias a la posibilidad de estar presente en diversas áreas, donde fue posible observar y conocer la relación de los enfermeros con los residentes con demencia, y así denotar la exigencia y presión laboral que cuentan estos empleados.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Determinar las dimensiones del *Burnout* en enfermeros que trabajan con adultos mayores con demencia y su asociación con Respuestas de Afrontamiento.

2.2. Objetivos Específicos

Objetivo específico 1. Determinar el nivel de *Burnout* y sus dimensiones en enfermeros que trabajan con adultos mayores con demencias.

Objetivo específico 2. Determinar la diferencia entre turno laboral y dimensiones de *Burnout*.

Objetivo específico 3. Comparar las dimensiones de *Burnout* entre enfermeros hombres y mujeres.

Objetivo específico 4. Analizar si las dimensiones de *Burnout* se asocian con las Respuestas de Afrontamiento.

3. Marco Teórico

¿Cuáles son las características de aquellas personas que sufren estrés laboral? ¿Será este sinónimo del Síndrome de *Burnout*? ¿Habrá personas que, teniendo diferentes signos y síntomas, aún compartan la misma sensación de estar abatidos por la presión laboral? ¿Los hombres toleran más el *Burnout* que las mujeres, o será a la inversa? ¿Dependerá del horario laboral, o será que entre la mañana y la noche sólo hay una franja horaria de distancia? ¿Existen formas de afrontar ese estrés laboral y de qué dependerá que cada persona opte por una o la otra? Con estos interrogantes se decidió concretar una investigación que permitiera determinar las dimensiones de *Burnout* y su asociación con las Respuestas de Afrontamiento en enfermeros que trabajan con adultos mayores con demencia.

3.1. Síndrome de *Burnout*

Tanto la biología, como la medicina y la psicología han incorporado el término de estrés, viéndolo al comienzo como aquella fuerza que deforma los cuerpos o provoca tensión, para luego entenderlo como un proceso o mecanismo con el cual el organismo conserva su equilibrio interno, ajustándose a los requerimientos, tensiones e influjos a los que se expone en el medio en el que se desenvuelve (Pérez Jáuregui, 2000).

La exposición a estresores, la experiencia de estrés y la manera en que cada persona afronta estas situaciones, tienen un papel importante como componentes intermedios entre la posibilidad de la aparición y/o agravamiento de un amplio espectro de patologías. Si bien, el hecho de estar sometido a algún tipo de estrés en el ambiente laboral es inevitable y puede conllevar respuestas positivas y constructivas, las investigaciones más comunes sobre estrés se centran en el síndrome de burnout y las consecuencias negativas de los estresores crónicos (Hodges, 1976; Needle, Griffin & Svendsen, 1981; Belcastro, 1982; Belcastro & Hays, 1984, como se citó en Mikulic, 2007).

El Síndrome de *Burnout* es reconocido como un factor de riesgo laboral tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como en la práctica clínica por médicos y profesionales de la salud mental, pero a pesar de esto no hay referencia específica de él en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), ni se incluyó en la nueva versión del Manual de la Asociación Estadounidense de Psicología (DSM-5). Maslach formuló la definición más reconocida en la materia, describiéndolo como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, teniendo como rasgos principales el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal; mientras que P. Gil-Monte lo definió como una respuesta al estrés laboral crónico conformado por actitudes y sentimientos

negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, sumándose a esto una vivencia de encontrarse agotado. Así, ambas definiciones coinciden en que el detonante del mismo es una inadecuada respuesta al estrés crónico (Saborío Morales & Hidalgo Murillo, 2015).

Pérez Jáuregui (2000) expresa que el *Burnout* se manifiesta mayormente en las profesiones que trabajan de forma intensa e íntima con personas con importantes padecimientos, y que aparece cuando otros mecanismos de ajuste no funcionan; siendo directamente proporcional el aumento de los problemas en la medida en que la gravedad de los cuadros y la responsabilidad crecen. Es por esto que la Organización Internacional de trabajo (OIT) caracteriza al estrés laboral como una enfermedad peligrosa para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo, porque la merma de la producción es innegable visto que la salud física y mental de los trabajadores se ve atacada.

Freudenberger (1977) para desarrollar el concepto de *Burnout* expresa que el diccionario define el verbo quemar como fallar, desgastarse o agotarse haciendo demandas excesivas de energía, fuerza o recursos, de esta manera queda definido un tipo particular de agotamiento experimentado personalmente por cada vez más trabajadores en el mundo de las instituciones de ayuda. Si se lo describe de una manera breve, el burnout incluye síntomas tales como cinismo y negativismo y una tendencia a ser inflexible y casi rígido en el pensamiento, que conduce a menudo a una mente cerrada sobre el cambio o la innovación. Donde el trabajador puede tomar diferentes posturas en relación a su desempeño, la organización, sus pares y el cliente en sí, tales como sentir paranoia en relación a sus compañeros y la administración, adoptar una actitud superior de "saber todo", pueden comenzar a limitar su contacto con sus clientes o discutirle en términos intelectuales y de jerga y así distanciarse de cualquier compromiso emocional, mantener una mínima comunicación con los demás y tender así a convertirse en un solitario, o puede ir al otro extremo y apenas trabajar, visto que pasa la mayor parte de su tiempo socializando, expresando que está aburrido, que se siente desamparado. Así todo se vuelve demasiado rutinario, su vida doméstica tiende a deteriorarse donde los argumentos frecuentes y las amenazas de divorcio se vuelven más comunes, comenzando a notarse el absentismo, las quejas psicosomáticas, la frecuencia de la enfermedad real y el agotamiento, cuyos síntomas se manifiestan en todos los ámbitos de la vida del trabajador: su funcionamiento con los clientes, su relación con la agencia, su vida fuera del trabajo, incluyendo su actitud emocional y las quejas corporales.

La definición de *Burnout*, que se usa ampliamente en investigaciones en curso, no se basó en un modelo teórico, sino que se derivó empíricamente de varios años de investigación exploratoria anterior que proporcionaron las bases para el desarrollo tanto de la definición conceptual como de la confección de una medida estandarizada (Maslach & Jackson, 1984).

3.1.1. Modelos de análisis para comprender el *Burnout*

En virtud de las diferentes miradas sobre el estrés, sus causas y consecuencias en la vida de los profesionales, es que es menester destacar que existe un amplio abanico de modelos de análisis, por lo que resulta conveniente desarrollar algunas perspectivas y sus principales ideas.

3.1.1.1. Modelo Transaccional

Lazarus y Folkman (1987) definen el proceso de atribución de estrés como un resultante de la evaluación que hace un individuo sobre el entorno en el que se desarrolla como amenazante, y que por lo tanto considera que desborda las aptitudes de sus propios recursos y pone en peligro su bienestar, considerándose así a los factores individuales como predisponentes, determinando la forma en que la persona percibe y valora las demandas ambientales y situacionales, influyendo esta evaluación en su manera de afrontar el estrés, las respuestas emocionales que tenga y finalmente a largo plazo la influencia en su salud. Por el hecho de que el estrés varía a través del tiempo y se modifica según el contexto es que el proceso de estrés laboral tiene una naturaleza dinámica, significando que la interacción desfavorable entre los atributos del trabajador y las condiciones de trabajo conducen a trastornos psicológicos, conductas insanas y finalmente (de persistir tal interacción) a la enfermedad.

3.1.1.2. Teoría Ecológica del Desarrollo Humano

Entre sus pensadores están Bronfenbrenner (1979), Moos (1979), Carroll (1979), Carroll y White (1982), Cherniss (1982), para ellos el *Burnout* es un desajuste ecológico entre los distintos ambientes en los que la persona participa de modo directo e indirecto, donde cada uno de estos contextos tiene su propio código de relaciones, normas y exigencias, que en ciertas condiciones pueden interferirse mutuamente. Por ejemplo, el modelo de Cherniss (1980) expresa que ciertas características del contexto laboral interactúan con características del individuo, originando tensión y ansiedad (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991).

3.1.1.3. Teoría Cognitiva

Meir (1983) afirma que las percepciones de las personas funcionan como filtro de las situaciones, por esto una misma situación no es estresante para todos los sujetos que las viven. Por esto el *Burnout* dependerá de cómo el profesional entiende la relación con los demás, ya que para no sufrir *Burnout*, un profesional debería tener un interés distante, manteniendo un equilibrio entre la objetividad y el acercamiento emocional.

3.1.1.4. Teoría Social y de las Organizaciones

Golembiewski, Hilles y Daly (1987) remarcan que el *Burnout* es un resultado entre una falta de acuerdo entre los intereses de la empresa y las necesidades de los trabajadores. De este modo un

contexto laboral es visto como un sistema familiar, donde los profesionales antes de pensar en darle al paciente una atención adecuada, primero tienen que superar los problemas entre los integrantes de la empresa.

3.1.1.5. Modelo de Demanda – Control

Karasek (1979) afirma que la demanda y el control laboral son predictores interactivos del estrés, así donde hay un bajo control con trabajo agitado y presión de tiempo, producen un estrés psicológico con mala salud mental y física, y por el contrario, el trabajo activo que tiene alta demanda y alto control personal generan desarrollo saludable de nuevas capacidades y conductas de afrontamiento (Pérez Jáuregui, 2000).

3.1.1.6. Teoría acerca del par Ilusión - Desilusión

Edelwich y Bursky (1980) identifican las cuatro etapas de *Burnout* como el entusiasmo, el estancamiento, la frustración y la apatía, cuyas causas incluyen salarios insuficientes, largas horas de trabajo, callejones sin salida de la carrera, falta de aprecio, impotencia y falta de entrenamiento. La intervención es posible en cualquier etapa del síndrome, donde el mejor momento es en la etapa de entusiasmo, cuando las expectativas se pueden explicar en términos de objetivos realistas, en la etapa de estancamiento la educación adicional y otras intervenciones son útiles, la energía del descontento en la etapa de frustración puede canalizarse hacia la posibilidad de cambio, mientras que en la etapa de apatía se recomienda la participación como la mejor técnica de intervención. Los métodos de intervención derivan de la terapia de la realidad de Glasser y de la terapia racional-emotiva de Ellis, que trabajan sobre un reconocimiento de condiciones existentes más que de una reconstrucción idealizada de la relación de ayuda. De esta manera, para la persona el objetivo es aceptar la realidad, asumir la responsabilidad por sí mismo, y ser capaz de obtener placer y un sentido de autoestima de hacer un trabajo que vale la pena hacer bien.

Burnout es inicialmente un concepto muy desarrollado, por lo que los modelos de análisis sobre él son variados, devienen de diversas teorías, sin llegar a una definición estándar, habiendo así una gran variedad de opiniones acerca de qué es y qué se puede hacer al respecto. Diferentes investigaciones usaron el término para significar cosas disímiles, sin embargo, en la presente investigación se hace hincapié en un modelo transaccional, que lo afirma como una respuesta prolongada a los estresores crónicos del trabajo, donde la interacción desfavorable entre los atributos del trabajador y las condiciones de trabajo lo generan. Considerando a esta perspectiva como la predominante en el campo del *Burnout*.

3.1.2. Variables que interactúan en el Síndrome de *Burnout*

Las variables que intervienen en el proceso del Síndrome de *Burnout* son dos, las personales que corresponden a características propias de cada sujeto y sus componentes sociodemográficos, y las pertenecientes al marco del trabajo y de la organización que han tenido mayor repercusión en los últimos años debido a que tienen el potencial para generar por sí solas una la sensación de malestar o bien de satisfacción perdurable en el tiempo, según se presenten en un sentido o en otro, el problema aparece cuando se busca estudiar la interdependencia entre los distintos factores encontrados (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991).

Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) dividen a las variables personales en tres, las características demográficas, las características de personalidad y las expectativas frente al trabajo. Dentro de las demográficas se encuentran la edad donde entre los empleados más jóvenes el nivel de *Burnout* es mayor que entre los mayores de 30 o 40 años visto que la edad se confunde con la experiencia laboral; con respecto al estado civil, los que están solteros (especialmente los hombres) parecen ser más propensos al *Burnout* en comparación con los que están casados; en relación a la educación quienes tienen mayor nivel académico por sus altas expectativas o por sus probabilidades de encontrar trabajos con mayores responsabilidades son más propensos a sufrir estrés laboral.

La variable género por su parte, no ha sido un fuerte predictor de *Burnout*, mientras que algunas investigaciones lo han considerado como una experiencia únicamente femenina, otras por ejemplo han demostrado que, en general, las mujeres tienden a obtener mayor grado de agotamiento emocional que los hombres, mientras que en las dimensiones de despersonalización y realización personal en el trabajo no se encuentran diferencias estadísticamente significativas (Aranda Beltrán, 2006; Atance Martínez, 1997; Jiménez, Lara, Muñoz, Chavez, & Loo, 2014 & McMurray et al., 2000).

Sobre la variable horas de trabajo, las investigaciones han demostrado que se encontró una relación positiva significativa entre el síndrome de Burnout y las horas que permanecen los profesionales prestando servicio (Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008 & Jiménez, Lara, Muñoz, Chavez, & Loo, 2014).

Por otra parte, con respecto a la variable turno laboral, en una investigación realizada en el área sanitaria de un hospital, se hallaron puntuaciones más altas respecto al cansancio emocional, la despersonalización y el *Burnout* en los profesionales que trabajaban en turno de tarde o rotatorios. Por el contrario, los profesionales que realizaban suplencias estaban menos despersonalizados, más realizados y menos quemados (Albaladejo, et al, 2004).

En cuanto a las características de personalidad, Semmer (1996) ha argumentado que bajos niveles de resistencia, baja autoestima, locus de control externo y un estilo de supervivencia evitativo constituyen típicamente el perfil de un individuo propenso al estrés (Semmer, 2003).

La investigación sobre las dimensiones de la personalidad de los Cinco Grandes ha encontrado que el *Burnout* está vinculado a la dimensión de neuroticismo. El neuroticismo incluye rasgos de ansiedad, hostilidad, depresión, autoconciencia y vulnerabilidad. Los individuos neuróticos son emocionalmente inestables y propensos a la angustia psicológica. La dimensión de *Burnout* del agotamiento emocional también parece estar relacionada con el comportamiento de tipo A (competencia, estilo de vida con presiones de tiempo, hostilidad y una necesidad excesiva de control). También hay indicios de que los individuos que son "emocionales" en lugar de "racionales" (en términos de un análisis Junguiano) son más propensos al *Burnout*, especialmente a la despersonalización (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Por último, con respecto a las expectativas frente al trabajo, estas varían dependiendo de lo que cada persona espere, en algunos casos son muy altas, tanto en términos de la naturaleza del trabajo (por ejemplo, emocionante, desafiante, divertido) y la probabilidad de lograr el éxito (por ejemplo, curar a los pacientes, obtener un ascenso). Si tales expectativas altas se consideran idealistas o no realistas, una hipótesis ha sido que son un factor de riesgo para el *Burnout*. Es de suponer que las expectativas elevadas llevan a la gente a trabajar demasiado y hacer demasiado, lo que conduce al *Burnout* y eventual despersonalización cuando el alto esfuerzo no da lugar a los resultados esperados (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

En referencia a la variable del marco del trabajo y de la organización, Herzberg, Mausner y Symderman (1959) realizan una división de las mismas en variables intrínsecas o motivacionales, que se relacionan con el contenido del trabajo y que sirven de indicadores del grado en que la empresa estimula las capacidades del profesional, que incluyen autonomía o libertad que recibe el profesional de la organización para hacer sus tareas, la variedad de las ocupaciones, el volumen de trabajo, la importancia que tiene el trabajo en sí y la promoción del desarrollo del personal. Y las variables extrínsecas, que encierran tres dimensiones, la física que incluye las condiciones de habitabilidad en las que se realiza el trabajo (ruido, luz, espacio, decoración, etc.), la social que involucra al colectivo de personas con la que el profesional ha de estar en contacto (clientes, compañeros, jefes o supervisores) y la organizacional que reseña los excesivos trámites burocráticos, la estructura jerárquica, las normas y regulaciones, etc. De las tres, la dimensión social junto con las variables intrínsecas, han resultado ser

la que tienen más relación con el desgaste laboral, siendo esta de carácter inversa (Álvarez Gallego & Fernández Ríos, 1991).

En efecto, los sujetos que viven en contextos más estresantes están más expuestos a vivenciar nuevos sucesos estresantes y a su vez, tales eventos pueden contribuir a aumentar los estresores actuales y a disminuir los recursos con los que cuenta el sujeto (Moos, 1994).

Pérez Jáuregui (2000) determina que la tensión psicológica prolongada, la incapacidad para bajar el ritmo y las presiones del trabajo dan como resultado agotamiento con sentimientos cronificados y generalizados de cansancio, que se vive como una pérdida de vitalidad y energía, estado no reversible luego de pocos días de descanso, donde las variables que se ponen en juego de forma interactiva son la naturaleza específica del trabajo en cuestión, el contexto, institución u organización, la variable interpersonal y la individual.

3.1.3. Dimensiones y niveles del Síndrome de *Burnout*

Desde una mirada psicosocial Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) han determinado que el *Burnout* corresponde a un síndrome con modalidad tridimensional que se despliega en profesionales cuyo objeto de conocimiento son las personas. Estas dimensiones son *Agotamiento Emocional* (AE), *Despersonalización* (D) y *Bajo Logro o Realización Personal en el Trabajo* (RT). Así, el Agotamiento Emocional responde a la vivencia de cansancio y fatiga, pudiendo manifestarse de forma física y/o psíquicamente, llegando la persona a sentir falta de energía para rendir el máximo de su potencial. En segunda instancia, la Despersonalización indica un despliegue de sentimientos, actitudes y respuestas de tipo negativas, distantes y frías hacia los demás, siendo los principales destinatarios los compañeros de equipo y en especial a quienes reciben el servicio del trabajo propiamente dicho. A esto se suma un aumento de la irritabilidad perdiendo de a poco la motivación por el trabajo. Finalmente la tercera dimensión es un sentimiento de bajo Logro o realización profesional y/o personal, que se evidencia cuando la persona comienza a sentir que las demandas del entorno exceden sus capacidades de respuesta. Así, la persona comienza a tener un rendimiento negativo hacia sí mismo y el trabajo, evitando relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar presiones y una baja autoestima. De esta manera la persona no puede encontrar la forma de darle sentido a su trabajo porque se ve envuelta en una dolorosa desilusión, teniendo sentimientos de fracaso personal, falta de expectativas laborales y una generalizada insatisfacción. Esto deviene en impuntualidad, evitación del trabajo, ausencias y en el extremo de los casos abandono de la profesión.

Saborío Morales e Hidalgo Murillo (2015) determinan que estas dimensiones que componen al Síndrome de *Burnout* se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, pudiéndose repetirse a lo largo del tiempo, de tal manera que es posible que una persona los experimente varias veces en distintos momentos de su vida, en un mismo trabajo o distintos.

Gutiérrez-Aceves (2006) remarca que se pueden considerar como signos de alarma a diversas manifestaciones del cuadro clínico, tales como la tendencia de las personas a la negación, a aislarse de sus redes de contención, a experimentar ira, ansiedad, miedo o temor, a tener síntomas de depresión (siendo los frecuentes en este síndrome y uno de los más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), tener sentimientos de culpabilidad, recaer en adicciones, repetir cargas excesivas de trabajo, presentar cambios en los hábitos de higiene, arreglo personal y alimenticios (con pérdida o ganancia de peso exagerada), pérdida de la memoria y organización, problemas para mantener la atención y concentrarse y finalmente contar con trastornos del sueño (ya sea insomnio o hipersomnía).

Para dilucidar la gravedad del cuadro, en el quehacer clínico el síndrome está esquematizado en cuatro niveles, que son leve compuesto por quejas vagas, cansancio y dificultad para levantarse a la mañana, en segundo lugar moderado donde aparecen comportamientos de cinismo, aislamiento, suspicacia y negativismo, en tercer lugar grave donde la persona comienza a experimentar enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión y abuso de alcohol o drogas, y por último extremo que se caracteriza por conductas de aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos y suicidios (Gutiérrez-Aceves, 2006).

Para Maslach y Jackson (1984) la importancia de reconocer que el agotamiento es un concepto multifacético queda muy claro cuando se examinan los resultados de los hallazgos, donde las variables incluidas se agrupan en dos grandes categorías: condiciones organizativas o de trabajo, y correlaciones de comportamiento del desgaste en las poblaciones ocupacionales representadas, que incluyen enfermeras, médicos, oficiales de policía, maestros y empleados federales de contacto público.

Para la perspectiva transaccional también conocida como de modelos cognitivos del afrontamiento del estrés, el desgaste psíquico o *Burnout* es el resultado de un proceso de interacción por el que un sujeto busca adaptarse a su entorno laboral. En este sentido, quienes actúan como elementos desencadenantes son los factores ambientales, mientras que las variables personales pueden actuar como facilitadores o inhibidores para los mismos. De esta manera, la percepción que el sujeto tenga de los estresores ambientales y de sus capacidades, junto a las estrategias de afrontamiento que emplee para afrontar el estrés, determinarán el grado de sentirse quemado por el trabajo (Gil-Monte & Peiró, 2003).

3.1.4. Síndrome de *Burnout* según la profesión

El síndrome de *Burnout* puede vincularse a cualquier profesión, siendo así que depende de cada una el factor de riesgo predominante, marcando así diversidad en la incidencia, prevalencia y curso del síndrome, dando como resultado que las medidas de prevención y tratamiento serán en cada caso diferenciales. Las profesiones con mayor prevalencia son las relacionadas con la educación y la salud, con respecto a la primera, los factores contextuales tienen gran repercusión, tales como el sueldo considerablemente menor en correspondencia con otras profesiones, la expectativa que se tiene en torno al rol del educador en relación con el educando y su formación personal, la gran exposición a la crítica pública y a la violencia escolar sin herramientas para afrontarlo, generando estados de vulnerabilidad e impotencia, y las situaciones socioeconómicas y políticas que agreden el normal funcionamiento de las clases. En relación a la salud, los profesionales cuentan con mayor prestigio social y autonomía, hecho que genera baja conciencia del riesgo que sufren al tener grandes responsabilidades, las posibles denuncias por mala praxis, la coordinación de otros profesionales, necesitando el empleo de disociación operativa para poder desempeñarse hábilmente mientras más grave y prolongado sea el sufrimiento del paciente a tratar; por lo que el cuadro de *Burnout* se agrava en determinadas especialidades como pediatría, cirugía, anestesiología, oncología, enfermeros terminales, terapia intensiva, emergentología y HIV/Sida (Pérez Jáuregui, 2000).

Los factores que precipitan el sufrir *Burnout* en las profesiones sanitarias según Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) son, contar con motivos ideológicos que hayan impulsado a elegir la profesión (como una actitud maternal a los pacientes), el trato directo con los pacientes y sus parientes (que generen grandes demandas emocionales), el contacto con la enfermedad y la muerte considerándolos como fracasos personales, el caudal de trabajo y la obligación con mantenerlo a cierto ritmo, el bajo apoyo entre pares y la falta de información sobre los objetivos y la forma de llevarlos a cabo.

Zaldúa y Koloditzky (2000) señalan en un estudio del Síndrome de *Burnout* en hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que en relación a los resultados del Inventario de *Burnout*, el porcentaje de personal médico afectado es del 16,8%. De ellos, si se diferencia por sexo, el 61,5% son médicos y el 38,5% son médicas. En cuanto al personal de enfermería el porcentaje afectado es del 4,9%. En este caso, se observa en estos datos que el estrés laboral, en particular el Síndrome de *Burnout* recae sobre el personal médico, en especial sobre los médicos (varones).

Así mismo, en una investigación llevada a cabo por Robles Ridi, Tapia, Correche, y Dipp (2011), que tenía como objetivo explorar las posibles relaciones existentes entre *Burnout* y Bienestar Psicológico en empleados de un sistema de emergencias médicas, en las categorías enfermeros y médicos, se encontraron valores medios en las variables Cansancio Emocional y Despersonalización y puntajes altos en Realización Personal respectivamente, no observándose presencia de *Burnout* en el personal asistencial.

3.1.4.1. Síndrome de *Burnout* en Enfermería

Los profesionales de la salud comparados con otros profesionales, son especialmente susceptibles a presentar trastornos asociados con estrés ocupacional crónico, así el *Burnout* es el responsable de ausentismo laboral, de la posibilidad de comorbilidad con depresión, enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática y accidentes, y en el peor de los casos suicidio (Pérez Jáuregui, 2000).

El área de enfermería tiene un alto índice de riesgo de sufrir Síndrome de *Burnout* debido a que múltiples factores, tales como demandas de pares, médicos, y familiares recaen sobre la figura del enfermero que tiene un papel de mediador entre ellos, teniendo que dar respuestas acordes a cada uno, sumado a esto se encuentra la falta de reconocimiento social, el bajo salario, las jornadas extendidas de trabajo, la cantidad de tiempo en contacto directo con el paciente, el bajo nivel de autonomía laboral y la usencia de funciones claras (Pérez Jáuregui, 2000).

En una investigación realizada en enfermeros encuestados en hospitales de la ciudad de Buenos Aires, Argentina, que buscaba evaluar indicadores de *Burnout* basado en la clasificación de Maslach (2000), se encontraron en el grupo A de síntomas (cansancio y agotamiento) gran presencia de sufrimiento laboral (51% en una frecuencia e intensidad media), en el grupo B de síntomas (despersonalización) significativos índices de vulnerabilidad al *Burnout* (45% con frecuencia e intensidad menor al grupo A) y por último el grupo C de síntomas (sentimiento de incompetencia e inadecuación laboral) se hallaron significativos índices de vulnerabilidad (28% en menor proporción que el grupo A y B); donde en cuanto a las preguntas sobre somatizaciones, un 30% señalaron padecer con frecuencia e intensidad media síntomas corporales localizados mayormente en cervicales, espalda y hombros, cefaleas, ojos y miembros superiores e inferiores (Pérez Jáuregui, 1998)

Sobre la asociación entre el Síndrome de *Burnout* y los índices observados en el área sanitaria de enfermería, la bibliografía mostró diferencias entre sí. Por un lado evidenció en mayor porcentaje (65,4%) niveles bajos de *Burnout*; respecto a la escala de RP, el 53,8% presentó un alto

logro personal; un 38,5% presentó un nivel medio de realización personal, y sólo el 7,7% mostró niveles bajos de realización personal, (Jofré & Valenzuela, 2005).

Mientras que para Parada, et al (2005) los valores obtenidos en las distintas dimensiones del MBI fueron promedio en cansancio emocional, mientras que en despersonalización fueron bajos y altos en realización personal; resultados que sitúan a los participantes del estudio en un nivel bajo de desgaste profesional.

Por último, Albaladejo, et al (2004) al estudiar el *Burnout* y sus componentes según la categoría profesional (enfermería versus auxiliares/técnicos) se vio que el primero estaba más despersonalizado y menos realizado que el grupo de los auxiliares/técnicos, no encontrándose otras diferencias estadísticamente significativas.

La idiosincrasia de la tarea en el área de la salud ubica a sus trabajadores en situaciones donde es necesario tener un contacto permanente con el dolor, la incertidumbre, la muerte, así como también con la salud, la vida y la cura. Estas situaciones estresantes, a pesar de que significan un riesgo profesional esperado, en ciertos momentos por factores que pueden ser personales, organizacionales o macroestructurales, pierden el valor de cotidianidad profesional sostenible y se vuelven estresores activos que crean de esta manera vulnerabilidad en los efectores de salud (Zaldúa, Lodieu, & Koloditzky, 2000).

3.1.5. Tratamiento del Síndrome de *Burnout*

Para considerar un tratamiento del síndrome, es necesario aplicar estrategias de prevención y acción que permitan, a través de su implementación tanto en el plano individual, como contextual y laboral modificar los pensamientos y sentimientos que sustentan las tres dimensiones del *Burnout*, algunas de ellas son, primero realizar un proceso donde la persona se adapte a las expectativas de la realidad cotidiana, segundo buscar tener un equilibrio entre sus áreas vitales (familia, amigos, pasatiempos, descanso y trabajo), tercero fomentar una buena atmósfera de trabajo, donde se valore el trabajo en equipo (ya sea en espacios comunes o reforzando los objetivos), cuarto limitar la agenda profesional, y en último lugar incentivar la formación continua dentro de la jornada laboral (Saborío Morales & Hidalgo Murillo, 2015).

3.1.5.1. Cómo la institución puede Prevenir el *Burnout*

Freudenberger (1977) determina que la forma en que la empresa puede prevenir el *Burnout* es en primer lugar brindando un sistema de apoyo entre pares más eficaz, visto que los trabajadores

tienden a quedar tan atrapados en la rutina diaria del trabajo que se descuidan unos a otros; en segundo lugar es que tanto las agencias como el personal deben reconocer que la formación y el tratamiento son complementarios ya que la formación del personal es absolutamente esencial para disminuir y prevenir el *Burnout*; en tercer lugar el personal debe tener el beneficio de una conciencia de largo y corto plazo de los objetivos del tratamiento de los pacientes, esto ayudará a los empleados a saber lo que pueden esperar lograr; en cuarto lugar la empresa debe insistir en capacitar al personal para dar impresiones diagnósticas apropiadas sobre los pacientes; en quinto lugar la empresa debe establecer una estructura que requiera atención a conciencia a rituales y rutinas (que requieren asegurarse de que las citas se mantengan, que las comidas son las mismas todos los días, que se asigna una cierta cantidad de tiempo para el estudio, que se cuida la recreación y que el censo se mantiene actualizado); y por último que los cronogramas de los horarios del personal sean claros y específicamente elaborados.

3.1.5.2. Cómo los trabajadores pueden protegerse contra el *Burnout*

El proceso del devenir profesional va trazando un recorrido en el que puede sufrirse una serie de incidencias y riesgos de que se lastime o inclusive se pierda esa vocación que motivó a la persona a elegir una determinada profesión. Esto como consecuencia trae aparejado sufrimiento, deterioro de la salud, disminución en la competencia e idoneidad laboral, que en definitiva definen lo que es el estrés laboral (Pérez Jáuregui, 2000).

Freudenberger (1977) señala cuales con las medidas que los trabajadores deben considerar para protegerse contra el síndrome:

1. Es fundamental que el trabajador tenga conciencia de su motivación para buscar este trabajo, siendo importante que tenga ideas personales de que la dedicación basada en la autoconciencia inadecuada puede conducir a exceso de esfuerzo, fatiga y, finalmente, un desempeño laboral deficiente;
2. La inversión de energía en el trabajo tendrá que ser equilibrada con una vida fuera de él, ya que el sobreponerse al *Burnout* puede ocurrir más fácilmente si también existe una vida satisfactoria fuera de la empresa;
3. El intercambio de dudas y de éxitos debe realizarse de manera honesta entre un miembro del personal;
4. Los horarios de trabajo requieren una conciencia de que debe haber un límite al número de horas que cualquier individuo puede trabajar y seguir siendo productivo, donde las prácticas actuales de turnos dobles y nocturnos son emocionalmente suicidas;

5. Tanto el personal como la agencia necesitan funcionar en un ambiente de confianza y mutuamente solidario;
6. El uso del ejercicio físico no puede ser subestimado, ya que cualquier actividad que sea física puede reponer la energía mental y emocional que se gasta como parte del trabajo;
7. Una autoevaluación periódica y el cambio de una función de trabajo a otra pueden ser útiles ya que los diversos turnos de trabajo permiten descansar para emociones particulares y permitir que surjan otros aspectos del individuo;
8. En octavo lugar algo que ha sido muy descuidado y que es esencial, es la necesidad de que cada persona preste más atención a su propia estructura internalizada y a la composición de su carácter, el auto-reconocimiento ayuda a superar la falta interna de estructura organizada, pero un conjunto defensivo y continuamente racionalizado de declaraciones eventualmente promoverá el *Burnout* de este individuo;
9. Y por último la naturaleza del trabajo sugiere que a menos que haya habido un cambio promocional del trabajo, el tiempo máximo a mantenerse en este tipo de puestos es de dos años. Es una decisión difícil de tomar, pero, sin embargo, salir después de dos años es apropiado.

3.2. Respuestas de Afrontamiento al estrés

Ahora bien, a raíz del surgimiento de la salud mental comunitaria se busca en los ambientes públicos la deshospitalización enfocando el contacto con los entornos naturales, reconociendo de esta manera el valor de una perspectiva ecológica de la salud mental, donde pensar a la misma como atomizada y disgregada colabora y hasta fomenta la aparición de problemas emocionales en los miembros de su comunidad. De esta manera, los pilares del estudio de la salud mental se centran en el afrontamiento, el estrés y el apoyo social, que tienen relación directa e indirecta con el proceso de salud – enfermedad en las personas (Hughes et al., 1960 como se citó en Mikulic, 2007).

Para estos estresores agudos crónicos hay reacciones específicas, que son las llamadas Respuestas de Afrontamiento, las mismas conforman un proceso complejo y característico de cada persona en particular de tipo conductual o cognitivo, donde el objetivo es disminuir el significado estresante. Hay respuestas que son más funcionales al objetivo final, mientras que otras buscan dar un alivio inmediato a los síntomas, el primer caso es por ejemplo las que tienen como objetivo enfrentar directamente el problema, mientras que las segundas son estrategias con funcionalidad paliativa en el corto plazo pero que dejan a la fuente de estrés inalterable, por ejemplo el uso de alcohol y drogas (Fleming, Baum & Singer, 1984).

Folkman, Lazarus, Gruen, y DeLongis (1986) remarcan que la teoría y la investigación actuales sobre la relación entre los eventos estresantes y los indicadores de estado adaptativo, como la salud somática y los síntomas psicológicos, reflejan la creencia de que esta relación está mediada por los procesos de afrontamiento; donde estos procesos de afrontamiento son al menos moderadamente estables en diversas situaciones estresantes, y por lo tanto, en el largo plazo, afectan los resultados de adaptación. Y a su vez que la limitada evidencia disponible sugiere que la evaluación y los procesos de afrontamiento pueden no estar caracterizados por un alto grado de estabilidad, pero que sin embargo, teóricamente debería haber al menos algo de estabilidad eso se debe a la influencia de las características de la personalidad, como los estudiados por Wheaton (1983), Kobasa (1979) y Pearlin y sus colegas (Menaghan, 1982; Pearlin et al., 1981; Pearlin & Schooler, 1978) y según otra rama de estudios realizados por Stone y Neale, (1984) la estabilidad también podría derivarse de que la persona se encuentre enfrentada a las mismas condiciones ambientales de la persona estar en el mismo tipo de condiciones ambientales.

3.2.1. Relación entre el afrontamiento y el resultado

Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, (1986) determinan que la identificación de los mecanismos a través de los cuales el afrontamiento se puede relacionar con los resultados se ha estudiado desde distintas perspectivas:

1. Wheaton (1983) y Kobasa (1979), por ejemplo, centrados en las características de la personalidad consideran que las mismas son esenciales para hacer frente a ciertas formas que perjudican o facilitan las diversas formas de afrontar, sin embargo,
2. Un segundo enfoque busca evaluar la forma en que una persona se enfrenta a uno o más eventos estresantes, donde Billings y Moos (1984) por ejemplo, evaluaron las formas en que los individuos lidian con un solo evento estresante reciente, y marcan como supuesto principal que la forma en que una persona se enfrenta a uno o más eventos estresantes son representativos de la manera en que la persona afronta eventos estresantes en general.
3. Un tercer enfoque consiste en centrarse en las características de las situaciones que la gente experimenta, donde los investigadores evalúan cómo las personas enfrentan situaciones en las que no tienen el control sobre el resultado, ilustra este enfoque por ejemplo las investigaciones de Shanan, De-Nour, & Garty (1976), así la premisa principal consiste en que las personas que viven repetidamente situaciones incontrolables sienten una experiencia de desamparo, y con el tiempo se tornan cada vez más pasivos en sus esfuerzos de afrontamiento.

4. Un cuarto enfoque es el de Pearlin y Schooler (1978), que considera las contribuciones relativas de las características de la personalidad (dominio, autoestima y autodenigración) y las respuestas al bienestar psicológico (las maneras en que la gente hace frente a la angustia con las cuatro áreas de roles: matrimonio, crianza de los hijos, economía doméstica y ocupación). Encontraron que las características de la personalidad y las respuestas de afrontamiento tenían diferentes efectos que eran relativos entre sí, dependiendo de la naturaleza de las condiciones estresantes. Donde las características de la personalidad son más útiles para la persona estresada en aquellas áreas en las que había pocas oportunidades de control, como en el trabajo, mientras que las respuestas de afrontamiento fueron más útiles en áreas en la que los esfuerzos de la persona pueden marcar la diferencia, como en el contexto del matrimonio.

3.2.2. Perspectivas de las respuestas de afrontamiento al estrés

Centrándonos en la perspectiva de la estrategia propiamente dicha hay distintas direcciones del afrontamiento, donde actúa un doble sistema "fight" / "flight": enfrentamiento mediante aproximación o, por el contrario, huida o evitación; esto quiere decir que una persona frente a la posibilidad de un peligro inminente tiende a dos alternativas, hacerle frente o darle la espalda (Moos & Schaefer, 1993).

Rial Boubeta, de la Iglesia, Ongarato y Fernández Liporace (2011) señalan que desde el enfoque tradicional de Moos (1993b), el afrontamiento tiene dos estilos generales de direccionarse, que se dividen en el *Afrontamiento por Aproximación al problema* y el *Afrontamiento Evitativo*, donde a su vez, cada uno de ellos, implica estrategias comportamentales, pero también cognitivas que determinan el método de ese afrontamiento. Cada grupo, a su vez, se halla compuesto por cuatro dimensiones, dando como resultado ocho tipos distintos de respuestas de afrontamiento a situaciones problemáticas o estresantes. Este agrupamiento se sintetiza en el Cuadro 1:

Cuadro 1. Tipos de Afrontamiento, según el modelo de Moos (1993b).

| | | DIRECCIÓN | |
|---------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| | | Afrontamiento por aproximación | Afrontamiento Evitativo |
| MÉTODO | Estrategias Cognitivas | Análisis Lógico | Evitación Cognitiva |
| | | Re-evaluación Positiva | Aceptación o Resignación |
| | Estrategias Conductuales | Búsqueda de Orientación y Apoyo | Búsqueda de Recompensas Alternativas |
| | | Resolución de Problemas | Descarga Emocional |

Figura 1. Modelo de estilos y estrategias según método y dirección de respuesta (Moos, 1993b; citado en Rial Boubeta, de la Iglesia, Ongarato & Fernández Liporace, 2011).

Fondacaro y Moos (1987) describen que para Billings y Moos (1984) las respuestas de afrontamiento al estrés se clasifican en cuatro categorías de afrontamiento representativas de dos dominios (centrado en el problema o centrado en las emociones) basado en el marco conceptual descrito por Moos y Billings (1982):

1. Búsqueda de apoyo de información: tratando de averiguar más sobre la situación y obtener orientación de los miembros de la red social,
2. Solución de problemas: tomando medidas específicas para tratar directamente con una situación, negociar y comprometerse hacia una resolución,
3. Regulación afectiva: compuesta por esfuerzos directos para controlar las emociones relacionadas con el estrés suprimiendo actos impulsivos, experimentando y resolviendo sentimientos, y reforzando la moral tendiendo pensamientos positivos o involucrándose en otras actividades,
4. Descarga emocional: con expresiones verbales de emociones desagradables y tendencias comportamentales indirectas dirigidas a reducir la tensión, por ejemplo, comiendo o fumando más.

Pérez Jáuregui (2000) demarca que algo de gran relevancia para las respuestas de afrontamiento tiene que ver con el locus de control. El mismo puede estar colocado en el interior, esto sucede cuando el sujeto cree que los resultados dependen mayormente de su esfuerzo personal y su

capacidad para la tarea más que de cualquier factor externo a él, por ello realizan afrontamientos más avocados a los problemas en sí; o residir en el exterior, que ocurre cuando el sujeto deposita en factores externos la responsabilidad de los hechos, por lo tanto estas personas tienen a ser pasivas a la hora de buscar controlar aquello que les causa estrés y más indecisos para determinarse a la acción, por este motivo, este segundo tipo de locus de control caracteriza a quienes están más predispuestos a sufrir estrés laboral y realizan un afrontamiento más centrado en las emociones disminuyendo la posibilidad de encontrar soluciones y crecimiento personal.

Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) determinan que aquellos que están quemados frente a eventos estresantes de una manera bastante pasiva, defensiva, se diferencian de aquellos en los que el enfrentamiento es activo y confrontativo, que son quienes experimentan menos *Burnout*. En particular, el afrontamiento confrontativo está asociado con la dimensión de la eficacia.

Folkman, Lazarus, Gruen, y DeLongis (1986) describen que la teoría cognitiva del estrés psicológico y el afrontamiento que se basa en la investigación de Lazarus y Folkman, (1984) es Transaccional, en el sentido de que la persona y el entorno se consideran inmersos en una relación dinámica, recíproca y bidireccional. De esta manera el estrés es visto como una relación entre el medio ambiente y la persona que evalúa al mismo como que excede sus recursos y pone en peligro su bienestar. La teoría identifica dos procesos, la evaluación cognitiva y el afrontamiento, como mediadores críticos de la relación estresante entre la persona y el ambiente, y sus resultados inmediatos y a largo plazo.

La evaluación cognitiva es un proceso a través del cual la persona evalúa si un encuentro particular con el medio ambiente es relevante para su bienestar y, en caso afirmativo, de qué manera. Ahí son dos tipos de evaluación cognitiva: primaria donde la persona evalúa si tiene algo para perder en el encuentro donde una gama de características de la personalidad incluyendo valores, compromisos, metas y creencias sobre sí mismo y el mundo ayuda a definir; y secundaria, donde la persona evalúa lo que, en todo caso, puede ser hecho para superar o prevenir el daño o para mejorar las consecuencias para su beneficio. Se evalúan varias opciones de afrontamiento, como la situación, aceptarla, solicitar más información o volver a actuar de forma impulsiva. Por otro lado el afrontamiento se refiere a los esfuerzos cognitivos y de comportamiento de la persona para gestionar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas externas de la transacción persona-entorno que se calcule como excediendo los recursos de la persona. El afrontamiento tiene dos funciones principales: tratar el problema que está causando la angustia (enfrentamiento centrado en el problema) y la regulación de la emoción (enfrentamiento centrado en la emoción). De esta manera, la evaluación cognitiva y el afrontamiento

son variables transaccionales, esto implica que no se refieren al medio ambiente o a la persona sola, sino a la integración de ambos en una transacción dada. Una evaluación de la amenaza es una función de un conjunto específico de condiciones que son evaluadas por una persona en una situación con características psicológicas particulares; del mismo modo lo son, los pensamientos y comportamientos particulares que una persona usa para gestionar las demandas de una transacción persona-entorno (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986).

De esta manera, la valoración cognitiva y el afrontamiento son variables transaccionales, por esto significa que no están referidas al entorno o a la persona, sino a la integración de ambos en una transacción determinada. Cuando alguien evalúa una posible amenaza, esta es una función de un conjunto específico de condiciones ambientales que son evaluadas por una persona en particular con características psicológicas particulares; es por ello que puede decirse que el afrontamiento consiste en los pensamientos y comportamientos particulares que una persona está usando para gestionar las demandas de una transacción persona-entorno en particular que tenga relevancia para su bienestar (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986).

3.2.3. Modelos explicativos del afrontamiento

Resulta pertinente intentar arribar a una definición del constructo y analizar cómo ha ido evolucionando el estudio del afrontamiento en virtud de sus modelos explicativos.

3.2.3.1. Modelo de evitación-enfrentamiento

Billings y Moos (1981); Lazarus y Folkman (1984); Roth y Cohen (1986) son representantes de este modelo de análisis, donde los esfuerzos de afrontamiento pueden ser conceptualizados como activo u orientado al foco (hacia la amenaza) versus pasivo o evitativo orientado a las estrategias (lejos de la amenaza). Las estrategias activas o de foco incluyen intentos cognitivos de cambiar maneras de pensar sobre el problema y el comportamiento, intentar resolver los sucesos tratando directamente con el problema o sus consecuencias. Las estrategias de evitación incluyen intentos cognitivos de negar o minimizar la amenaza, e intentos comportamentales para alejarse o evitar enfrentarse a la situación o aliviar la tensión expresando sus emociones. Varios estudios muestran que los adultos que dependen más de las estrategias de evitación tienden ser menos funcionales (Billings & Moos, 1981; Folkman & Lazarus, 1980; Menaghan, 1983, Pearlin & Schooler, 1978), sin embargo estudios realizados por Cronkite y Moos (1984); Holahan y Moos (1985, 1986), demuestran que el abordar el problema de forma activa no está necesariamente relacionado con el éxito (Ebata & Moos, 1991).

3.2.3.2. Modelo enfocado hacia las emociones

Otro marco ampliamente utilizado clasifica las respuestas de afrontamiento según su función Folkman y Lazarus (1980); Menaghan (1983); Band y Weisz (1988). Los esfuerzos de afrontamiento pueden tenderse a la modificación del estresor (centrado en el problema) o en la regulación de los estados emocionales que pueden acompañar al estresor (centrado en la emoción). En un estudio realizado por Compas, Malcarne y Fondacaro (1988) que pidieron a adolescentes que describieran las relaciones interpersonales y eventos académicos estresantes que pasaron en el último tiempo y que expliquen cómo podrían haber manejado cada evento en comparación a cómo realmente lo hicieron. En general, los adolescentes que utilizaron más estrategias centradas en los problemas para hacer frente a los factores de estrés interpersonales tenían menos problemas emocionales y de comportamiento, mientras que aquellos que utilizaron más estrategias centradas en la emoción (por ejemplo, ignorado la situación, gritando a otra persona, arrojando cosas) tenían más signos de estrés.

3.2.4. Relación entre apoyo social y afrontamiento

Si se considera al apoyo social como determinante del afrontamiento, es importante señalar que las personas que tienen relaciones íntimas y cercanas tienen un riesgo reducido de padecer diversos trastornos psicológicos y físicos, por ello un mecanismo mediante el cual el apoyo puede promover la adaptación es a través de su impacto en los procesos de afrontamiento. Por ejemplo, disponer de información o asesoramiento de un tercero significativo puede tener una influencia directa sobre el comportamiento de afrontamiento, donde tal información puede afectar el afrontamiento influyendo la evaluación cognitiva de los factores estresantes y de las tensiones, o el uso individual de las estrategias de afrontamiento. Las influencias indirectas incluyen el efecto de apoyo emocional para mejorar la autoestima de un individuo y el sentido de autoeficacia, lo que, a su vez, puede facilitar la capacidad de acceder y promulgar estrategias de afrontamiento. Las diferentes fuentes de apoyo pueden variar en el proceso de afrontamiento, por lo tanto, el apoyo de los miembros de la familia puede para unas personas mantener la regulación afectiva, mientras que para otras proporcionar información sobre nuevas estrategias de afrontamiento (Fondacaro & Moos, 1987).

Por otro lado, si se considera al afrontamiento como determinante del apoyo social, la eficacia de los intentos de hacer frente a los factores de estrés depende de la capacidad de analizar situaciones problemáticas, generar y ejecutar las respuestas de afrontamiento, y manejar la excitación afectiva que puede impedir el proceso de afrontamiento. El uso de estas habilidades puede ayudar a establecer relaciones sociales de apoyo. Así, los individuos que dependen de respuestas de afrontamiento menos

efectivas les es más difícil desarrollar y mantener vínculos sociales de apoyo. El afrontamiento poco adaptativo puede erosionar las fuentes de apoyo de un individuo y conducir a depresión y otras disfunciones psicosociales. Por el contrario, la capacidad de resolver y regular el afecto puede llevar a relaciones más solidarias (Fondacaro & Moos, 1987).

3.2.5. Cómo afecta el afrontamiento a la salud somática

En un estudio realizado por Lazarus y Folkman (1984b) marcan que hay tres caminos a través de los cuales el afrontamiento puede afectar adversamente el estado de salud somática. Primero, puede influir en la frecuencia, la intensidad, la duración y el patrón de las respuestas neuroquímicas; en segundo lugar, cuando implica el uso excesivo de sustancias nocivas tales como el alcohol, las drogas y el tabaco, o cuando involucra a la persona en actividades de alto riesgo para la vida y las extremidades; y en tercer lugar, ciertas formas de afrontamiento (por ejemplo, procesos particularmente similares a la negación) pueden perjudicar la salud porque de alguna manera impiden que la persona tenga un comportamiento adaptativo de salud/enfermedad (hecho a menudo dependiente de la presencia de factores estresantes). En relación a esto otros escritores, como Depue, Monroe y Shachman (1979), enfatizan los patrones estables de evaluación como una vía crítica a través de la cual se afectan los resultados somáticos. Es por ello que todas estas vías dependen de patrones estables de evaluación y afrontamiento, (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986).

Sobre estudios realizados sobre afrontamiento, en uno publicado en Folkman et al., (En prensa) donde la unidad de análisis fue la presentación de un único encuentro estresante y su resultado inmediato, se examinaron las relaciones entre la evaluación cognitiva, el afrontamiento y los resultados inmediatos de los encuentros estresantes. Los resultados mostraron que el tipo de afrontamiento variaba según lo que estaba en juego (evaluación primaria) y cuáles eran las opciones de afrontamiento (evaluación secundaria). Por ejemplo, cuando las personas sentían que su autoestima estaba en juego, usaban más situaciones de enfrentamiento, autocontrol, y evasión, y aceptaban más responsabilidad que cuando la autoestima no estaba en juego; cuando estaba en juego un objetivo en el trabajo, utilizaron una solución de problemas más planificada. La resolución de problemas planificada también se usó más en encuentros que las personas valoraron como capaces de cambiar para mejor, mientras que el distanciamiento se usó más en encuentros que no eran susceptibles de cambiar. Los hallazgos también indicaron que el afrontamiento estaba relacionado con la calidad de los resultados del encuentro, pero la evaluación no fue así. El enfrentamiento y el distanciamiento confrontativo se asociaron con los resultados que el sujeto considera insatisfactorios, y la resolución planificada de problemas y la

reevaluación positiva se asociaron con resultados satisfactorios, (Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986).

Ante estos planteos es importante remarcar que la evaluación del afrontamiento está en debate, no habiendo al día de hoy consenso sobre su dimensionalidad (Rial Boubeta, de la Iglesia, Ongarato & Fernández Liporace, 2011).

Para justificar la asociación existente entre las respuestas de afrontamiento y los niveles y dimensiones de *Burnout* se utilizaron los estudios de Popp (2011), Morán Astorga (2005) y de Austria Corrales, Cruz Valde, Herrera Kienhelger y Salas Hernández (2012).

En el primero, Popp (2011) cuando estudió las diferencias en los modos de afrontamiento según el nivel de *Burnout* en enfermeras de terapia intensiva de instituciones públicas y privadas de la provincia de Entre Ríos concluyó que existen diferencias significativas en las estrategias utilizadas entre las enfermeras que presentan diferentes niveles, principalmente en cuanto a las dimensiones despersonalización y baja realización personal. Las enfermeras utilizaban estrategias de afrontamiento menos funcionales a medida que aumentaba el nivel de *Burnout*. Las enfermeras con baja despersonalización utilizaban en mayor medida el análisis lógico y el desarrollo de gratificaciones alternativas, a diferencia de las enfermeras con más despersonalización que usaban menos la ejecución de acciones y hacían mayor uso del requerimiento de información o asesoramiento. Las enfermeras con moderado cansancio emocional utilizaban en mayor medida el control afectivo que las enfermeras con bajo o alto nivel, y así podían controlarse afectivamente, es decir, controlar las emociones que surgían; en este caso, controlar las emociones le permitiría funcionar de una manera adaptativa. Las enfermeras con niveles altos de realización personal hacían mayor uso del control afectivo que las que presentaban niveles medios y bajos de realización personal. Esto las llevaría a evaluarse positivamente en el trabajo y a tener una alta realización personal en éste. A medida que la realización personal disminuye, decrece el uso del análisis lógico y de la ejecución de acciones que resuelvan el problema.

En el segundo, Morán Astorga (2005) en una investigación realizada con trabajadores de centros de atención a personas con discapacidad grave en una comunidad española, descubrió que los modos de afrontamiento asociados al síndrome de *Burnout* son dos: escape- evitación y planificación. Donde el uso del primero indica mayor cansancio emocional y menor realización personal, ya que el escape se utiliza cuando el sujeto espera que ocurra un milagro que solucione el problema o cuando trata de evitar el contacto con la gente o consume drogas para olvidar. Y por último el uso de la planificación se asocia con la dimensión realización personal en positivo del *Burnout*, es decir,

aquellas personas que utilizan planificación para enfrentarse a los problemas es más probable que se sientan más realizados personalmente en el trabajo.

En el tercero, Austria Corrales, Cruz Valde, Herrera Kienhelger y Salas Hernández (2012) al estudiar una población de trabajadores de la salud, de diferentes hospitales y contextos de atención hospitalaria de México descubrieron que existe un efecto protector, independientemente del contexto y el tipo de atención hospitalaria, del uso de estrategias de afrontamiento activo (control, planeación, búsqueda de información, de apoyo emocional, entre otras) sobre el síndrome de *Burnout*, lo que hace que los síntomas disminuyan. Sumado a esto, se encontraron diferencias significativas entre los coeficientes de regresión de estrategias pasivas y síndrome de *Burnout*, hecho que denota que el uso de estas estrategias también es diferencial de acuerdo a las demandas externas y recursos del sujeto.

De esta manera, las diversas perspectivas y abordajes sobre la relación entre estrés y afrontamiento, demuestran la importancia de continuar profundizando sobre los vínculos y el impacto que el afrontamiento tiene en el bienestar psicológico y la salud de las personas (Ahumada & Escalante, 2011).

En este trabajo se propone contrastar, en una muestra de enfermeros, las respuestas de afrontamiento y el grado de *Burnout* que padecen y demostrar que están significativamente asociados. Así también, detectar si existe diferencia entre los turnos laborales y las dimensiones de *Burnout* y el género con los niveles y dimensiones de *Burnout*.

4. Hipótesis

Hipótesis específica 1. Las dimensiones de *Burnout* de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo son de intensidad media en enfermeros que trabajan con adultos mayores con demencias.

Hipótesis específica 2. Los turnos laborales nocturno y sadofe tienen dimensiones de *Burnout* de agotamiento emocional y despersonalización altas, mientras que la de realización personal en el trabajo es baja.

Hipótesis específica 3. Las enfermeras mujeres presentan niveles más elevados en la dimensión de *Burnout* de agotamiento emocional que los hombres.

Hipótesis específica 4. Las dimensiones de *Burnout* se asocian con las respuestas de afrontamiento.

5. Metodología

5.1. Tipo de Estudio

Estudio Correlacional

5.2. Diseño

No experimental – Transversal

5.3. Muestra

La muestra no probabilística estuvo conformada inicialmente por 215 participantes voluntarios de población general adulta cuya profesiones corresponden a enfermería y asistente de enfermería que se desempeñan en una Institución Geriátrica Privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuyo criterio de exclusión correspondió a que los mismos entreguen los inventarios completos, hecho por el cual la muestra quedó finalmente conformada por 93 participantes. El 82.8% ($n = 77$) mujeres y el 17.2% ($n = 16$) varones, la edad promedio era de 36.17 años ($DE = 9.71$) dentro de un rango de edad que iba de los 20 a los 63 años. El 49.5% ($n = 46$), dijo vivir en Capital Federal, el 49.5% ($n = 46$), en Gran Buenos Aires, en tanto que el 1.1% ($n = 1$), en otra localidad. Con respecto al nivel educativo, un 1.1% ($n = 1$) refirió tener un posgrado en curso, la mayoría (91,4%) estaba cursando o poseía estudios universitarios o superiores ($n = 85$), y el 7,5% restante presentaba un nivel de estudios menor ($n = 7$). En cuanto al estado civil, el 49.5% ($n = 46$) informó estar soltero, el 41.9% ($n = 39$) en pareja, mientras que el 6.5% ($n = 6$) está divorciado y finalmente el 2.2% ($n = 2$) es viudo. Según la clase social, los participantes que manifestaron encontrarse dentro de la clase media era del 50.5% ($n = 47$), en la clase medio baja 38.7% ($n = 36$), y baja 10.8% ($n = 10$). En relación a la situación laboral, el 100% ($n = 93$) son empleados, donde la ocupación se divide entre enfermeros 83.9% ($n = 78$) y asistentes de enfermería 16.1% ($n = 15$), que se desempeñan en diversos turnos laborales, como ser mañana 25.8% ($n = 24$), tarde 20.4% ($n = 19$), noche 35.5% ($n = 33$), y Sadofe (comprendido por sábado, domingo y feriado) 18.3% ($n = 17$).

5.4. Instrumentos de Medición

- **Cuestionario sociodemográfico y laboral**

El mismo fue confeccionado considerando datos sociodemográficos indispensables para la muestra, a saber, sexo, edad, estado civil, nivel de estudios alcanzado, lugar de nacimiento, de residencia, datos psicopatológicos (en relación a tratamientos terapéuticos) y finalmente ocupacionales

que comprendían, puesto laboral, sector (1B, 2B, Fraga, ULE, UCE, 3B, 3AC) y turno (maturino, vespertino, nocturno o sadofe).

- ***Maslach Burnout Inventory –MBI-***

Está compuesto por 22 ítems tipo Likert, en forma de afirmaciones referidas a actitudes, emociones y sentimientos personales del profesional en su trabajo y hacia las personas a las que tiene que atender. La finalidad del M.B.I. es la evaluación de las tres dimensiones del síndrome de burnout: Agotamiento emocional, Despersonalización y Logro personal. En cuanto a las propiedades psicométricas del Inventario de Maslach (Maslach & Jackson, 1986), la consistencia interna estimada por las autoras, a partir de una muestra de 1316 sujetos con el coeficiente alfa de Cronbach, es de 0,90 para el Agotamiento emocional, de 0,79 para la Despersonalización y de 0,71 para Logro Personal.

- ***Coping Responses Inventory –CRI-A-***

Cuestionario autoadministrable que evalúa ocho tipos diferentes de respuestas de afrontamiento a circunstancias vitales estresantes. Estas respuestas se clasifican en ocho escalas Análisis Lógico (LA), Revalorización Positiva (PR), Búsqueda de Apoyo y Orientación (SG), Resolución de Problemas (PS), Evitación Cognitiva (CA), Aceptación o Resignación (AR), Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (SR), y Descarga Emocional (DE). Las primeras cuatro escalas forman un primer conjunto que evalúa el afrontamiento en su faceta de aproximación y las otras cuatro escalas forman un segundo conjunto que evalúa la faceta de evitación. En cada uno de estos dos grupos, las primeras dos escalas evalúan las respuestas cognitivas, y la tercer y cuarta escala las respuestas conductuales del afrontamiento. Moos (1993), Adaptación Mikulic (1998).

5.5. Procedimiento

El estudio fue de tipo correlacional no experimental transversal, para analizar la asociación entre el Síndrome de *Burnout*, las Respuestas de Afrontamiento y características socio demográficas de los participantes. La recolección de datos fue realizada por estudiante avanzada de la carrera de Psicología, bajo supervisión, con baterías autoadministrables. Los participantes fueron sujetos voluntarios, seleccionados de forma aleatoria, considerando las variables sociodemográficas, garantizándoseles que sus respuestas se tratarían de forma confidencial. Los datos recopilados fueron volcados en una base de Excel para su posterior análisis, se utilizó el software estadístico SPSS versión 11.0, se realizaron las pruebas estadísticas r de Pearson, t de Student y ANOVA de un factor y contrastes post hoc Tukey-b.

6. Resultados

A fin de que resulte más clara la exposición de los aspectos metodológicos se presentarán los datos diferenciados por objetivo, describiendo primero información complementaria tomada de la encuesta sociodemográfica, que pudiera servir a consideración para el análisis de los resultados.

6.1. Información psicológica complementaria de la muestra

La muestra no probabilística que estuvo conformada por 93 participantes voluntarios completaron una encuesta sociodemográfica con material psicológico complementario, donde el 43% ($n = 40$) expresó alguna vez haber ido al psicólogo, mientras que el 57% ($n = 53$) no lo ha hecho, manteniendo terapia a la actualidad el 15.1% ($n = 14$). Sólo al 11.8% ($n = 11$) se le recetó medicación psicofarmacológica, y los síntomas descriptos fueron 6% ansiedad ($n = 6$) y 5% depresión ($n = 5$).

6.2. Nivel y Dimensiones de Burnout en enfermeros que trabajan con adultos mayores con demencias

Con el fin de responder al primer objetivo que intenta establecer los niveles de *Burnout* y sus dimensiones en enfermeros que trabajan con adultos mayores con demencias, los participantes completaron el *Maslach Burnout Inventory* -MBI-. Luego se calcularon las medias, desvíos estándar y puntajes mayores de las variables Agotamiento Emocional, Despersonalización, y Realización Personal en el Trabajo, considerando la regla de interpretación. Los resultados obtenidos para las dimensiones y niveles de *Burnout* expresaron que la media de Agotamiento Emocional es alta, mientras que para Despersonalización está al borde del punto de corte, y para Realización Personal en el Trabajo es baja. Para un análisis más detallado de los valores obtenidos se expresan los mismos en la siguiente tabla.

Tabla 1

Nivel y Dimensiones de Burnout en enfermeros que trabajan con adultos mayores con demencias

| <i>n</i> | Mínim | Máximo | <i>P.c</i> | <i>M</i> | <i>DE</i> |
|----------|-------|--------|------------|----------|-----------|
|----------|-------|--------|------------|----------|-----------|

| | | o | | | | |
|------------------------------------|----|-----|-------|-----------|------|-------|
| Agotamiento Emocional | 93 | .00 | 52.00 | ≥ 22 | 24.9 | 14.41 |
| | | | | | 7 | |
| Despersonalización | 93 | .00 | 29.00 | ≥ 7 | 6.79 | 6.58 |
| Realización Personal en el Trabajo | 93 | .00 | 48.00 | ≤ 35 | 31.4 | 9.25 |
| | | | | | 6 | |

6.3. Diferencias en las dimensiones de *Burnout* según turno laboral

A fin de responder al segundo objetivo que busca establecer diferencias en las dimensiones de *Burnout* de acuerdo al turno laboral se han tenido en cuenta los resultados del Maslach *Burnout* Inventory -MBI- y una encuesta sociodemográfica que contemplaba características laborales. De esta manera para verificar si existían diferencias estadísticamente significativas en dimensiones de *Burnout* según turno laboral, se calculó pruebas ANOVA de un factor y contrastes post hoc Tukey-b. Los resultados encontrados denotaron que no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, datos que se desarrollan en la siguiente tabla.

Tabla 2

Diferencias entre turno laboral y dimensiones de Burnout

| | gl | F | p |
|------------------------------------|----|-------|------|
| Agotamiento Emocional | 3 | .969 | .411 |
| Despersonalización | 3 | 1.006 | .394 |
| Realización Personal en el Trabajo | 3 | .240 | .868 |

6.4. Diferencias de las dimensiones de *Burnout* entre enfermeros hombres y mujeres

Con el fin de responder al tercer objetivo que intenta diferenciar las dimensiones de *Burnout* entre enfermeros hombres y mujeres, se han tenido en cuenta los resultados del Maslach *Burnout* Inventory -MBI- y una encuesta sociodemográfica, calculándose Prueba *t* de Student para muestras independientes, estableciendo la comparación de las escalas de acuerdo al sexo de los participantes. No se han obtenido diferencias estadísticamente significativas para Agotamiento Emocional, y para Realización Personal en el Trabajo. Encontrándose una diferencia estadísticamente significativa en Despersonalización. El grupo de los hombres tenía mayor nivel de Despersonalización que el grupo de

las mujeres ($M_H = 9.75$ vs. $M_M = 6.18$). Para un análisis más detallado de los resultados obtenidos a partir de los cálculos efectuados se presenta la siguiente tabla.

Tabla 3

Diferencias de las dimensiones de Burnout entre enfermeros hombres y mujeres

| | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>gl</i> |
|------------------------------------|----------|----------|-----------|
| Agotamiento Emocional | -.392 | .696 | 91 |
| Despersonalización | 2.004 | .048 | 91 |
| Realización Personal en el Trabajo | -.962 | .339 | 91 |

6.5. Asociaciones entre las dimensiones de Burnout y las Respuestas de Afrontamiento

Para finalizar, bajo el objetivo de verificar si existía una asociación entre las dimensiones de *Burnout* y las respuestas de afrontamiento, se administraron los inventarios Maslach *Burnout Inventory* -MBI- y CRI-A, y a partir de los mismos se calcularon los coeficientes de correlación *r* de Pearson. Se hallaron relaciones estadísticamente significativas positivas, de tipo muy débil entre Agotamiento Emocional y Evitación Cognitiva, y de tipo débil entre Agotamiento Emocional y Aceptación o Resignación, entre Despersonalización y Análisis Lógico, entre Despersonalización y Evitación Cognitiva, entre Despersonalización y Aceptación o Resignación, entre Despersonalización y Búsqueda de Gratificaciones Alternativas, entre Despersonalización y Descarga Emocional, entre Realización Personal en el Trabajo y Revalorización Positiva, entre Realización Personal en el Trabajo y Resolución de Problemas, y entre Realización Personal en el Trabajo y Búsqueda de Gratificaciones Alternativas. Para un análisis más detallado de los resultados obtenidos a partir de los cálculos efectuados consultar Tabla 4 a continuación.

Tabla 4

Asociaciones entre las dimensiones de Burnout y las Respuestas de Afrontamiento

| | AL | RP | BA | RP | EC | A | BA | DE |
|-----------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | <i>r</i> |
| Agotamiento Emocional | .090 | -.032 | -.043 | -.027 | .234* | .259* | .059 | .054 |
| Despersonalización | .330** | .114 | .124 | .128 | .313** | .401** | .247* | .273** |

| | | | | | | | | |
|------------------------------------|------|--------|------|--------|------|-------|--------|------|
| Realización Personal en el Trabajo | .173 | .307** | .142 | .352** | .033 | -.080 | .268** | .050 |
|------------------------------------|------|--------|------|--------|------|-------|--------|------|

** p < .01. * p < .05.

Nota: Análisis Lógico (AL), Revalorización Positiva (RP), Búsqueda de Apoyo u Orientación (BA), Resolución de Problemas (RP), Evitación Cognitiva (E), Aceptación o Resignación (A), Búsqueda de gratificación alternativa (BA), Descarga Emocional (DE).

7. Conclusiones

Los resultados expresados en el apartado correspondiente se evalúan en el marco del objetivo general, que planteaba determinar las dimensiones de *Burnout* en enfermeros que trabajan con adultos mayores con demencia y su asociación con respuestas de afrontamiento. A continuación se evalúan dichos resultados con respecto a los tres objetivos específicos y sus correspondientes hipótesis.

Retomando la hipótesis 1, los resultados obtenidos expresaron que la media de Agotamiento Emocional es alta, mientras que para Despersonalización está al borde del punto de corte, y para Realización Personal en el Trabajo es baja, datos que no coinciden con estudios anteriores que determinaron resultados insuficientes para determinar desgaste profesional (Jofré, & Valenzuela, 2005; Parada, et al 2005; Albaladejo, et al 2004). Ante esto, es menester resaltar que el Maslach *Burnout* Inventory – MBI – no arroja un puntaje total que determine presencia o ausencia de Burnout, sino puntajes individuales para cada una de las tres dimensiones; pese a esta recomendación, altas puntuaciones en escalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización y bajas puntuaciones en la escala Realización Personal en el Trabajo señalarían presencia del síndrome.

Así, los resultados obtenidos no serían datos suficientes para determinar la presencia del síndrome, aunque son considerables teniendo en cuenta que la dimensión de Despersonalización está al borde del punto de corte. Ante esto podría inferirse que, la hipótesis 1 se cumplió parcialmente, por lo tanto la presente muestra podría describirse como abrumada, sobrepasada, exhausta y agotada emocionalmente por las demandas de trabajo características de presentar la dimensión Agotamiento Emocional alta, que a su vez, aunque la dimensión Despersonalización no es alta pero sí está al borde del punto de corte, podría ser una muestra con una respuesta impersonal hacia los sujetos que atiende, con actitudes negativas, frías y distantes, y que desembocaría por su Realización Personal en el Trabajo

baja, en una tendencia de los profesionales a autoevaluarse negativamente sintiendo insatisfacción con sus logros laborales.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los resultados encontrados sobre las diferencias en las dimensiones de *Burnout* de acuerdo al turno laboral, esto significaría que la segunda hipótesis que planteaba que turnos laborales nocturno y sadofe tienen dimensiones de burnout de agotamiento emocional y despersonalización altas, mientras que la de realización personal en el trabajo es baja en enfermeros que trabajan con adultos mayores con demencias no se cumplió. Por ello en la presente muestra el hecho de que los profesionales se encuentren trabajando en un turno laboral u otro no influye significativamente para determinar diferencias en la prevalencia del síndrome; hecho que no coincide con los antecedentes encontrados donde se hallaron puntuaciones más altas respecto al cansancio emocional, la despersonalización y el *Burnout* en los profesionales que trabajaban en turno de tarde o rotatorios. Por el contrario, los profesionales que realizaban suplencias estaban menos despersonalizados, más realizados y menos quemados (Albaladejo, et al, 2004).

Retomando el objetivo 3, que intentaba diferenciar las dimensiones de *Burnout* entre enfermeros hombres y mujeres, no se han obtenido diferencias estadísticamente significativas para Agotamiento Emocional, y para Realización Personal en el Trabajo. Encontrándose una diferencia estadísticamente significativa en Despersonalización. De esta manera la hipótesis 3 que planteaba que las enfermeras mujeres presentan niveles más elevados en la dimensión de *Burnout* de agotamiento emocional que los hombres no se cumplió. Datos que no coinciden con estudios anteriores que determinaron que las mujeres tienden a obtener mayor grado de agotamiento emocional que los hombres, mientras que en las dimensiones de despersonalización y realización personal en el trabajo no se encuentran diferencias estadísticamente significativas (Aranda Beltrán, 2006; Atance Martínez, 1997; Jiménez, Lara, Muñoz, Chavez, & Loo, 2014 & McMurray et al., 2000). Teniendo en cuenta los resultados obtenidos el grupo de los hombres tuvo mayor nivel de Despersonalización que el grupo de las mujeres, implicando que los mismos buscan tener una respuesta más impersonal frente a los pacientes, manteniendo actitudes frías y distantes con los sujetos que atienden.

Finalmente, considerando la última hipótesis en la que se planteaba que las dimensiones de Burnout se asociaban con las respuestas de afrontamiento, los resultados obtenidos demostraron que se hallaron relaciones estadísticamente significativas positivas. Por un lado de tipo muy débil entre Agotamiento Emocional y Evitación Cognitiva, por lo tanto cuando los enfermeros se sienten abrumadas por sus demandas laborales evitan, no en una medida terminante para su vida cotidiana, en pensar en el problema de forma realista.

Y por el otro de tipo débil, entre Agotamiento Emocional y Aceptación o Resignación, demostrando que en una medida un tanto más usual pero no decisiva los enfermeros cuando se sienten exhaustos o agotados emocionalmente tienen intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo.

Así también de tipo débil, entre Despersonalización y Análisis Lógico, Evitación Cognitiva, Aceptación o Resignación, Búsqueda de Gratificaciones Alternativas, y Descarga Emocional, demostrando que cuando los enfermeros tienden a tener actitudes distantes, negativas y frías como consecuencia del desgaste laboral, pueden en algunas situaciones tener respuestas de aproximación y buscar comprender y prepararse mentalmente para enfrentar al estresor y las consecuencias que genere, y en otras directamente tener respuestas de evitación que pueden ser evadir pensar en el problema, aceptarlo, tener conductas substitutas o descargar expresando sentimientos negativos que bajen la tensión que sienten.

Finalmente manteniendo la correlación débil entre Realización Personal en el Trabajo y Revalorización Positiva, Resolución de Problemas, y Búsqueda de Gratificaciones Alternativas, que denotarían que los enfermeros que tienden a autoevaluarse de forma positiva y se sienten satisfechos con sus logros personales, en baja medida pueden tener respuestas de aproximación que por un lado pueden ser cognitivas cuando repiensen el problema reestructurándolo en un sentido positivo mientras aceptan la realidad de la situación, o conductual cuando actúan directamente sobre el problema; y así también pueden actuar de forma evitativa creando nuevas fuentes de satisfacción.

En relación con los antecedentes planteados en el marco teórico, coincidiendo con Popp (2011) los enfermeros tienden a utilizar estrategias de afrontamiento menos funcionales a medida que aumenta el nivel de *Burnout* y a medida que la realización personal disminuye, decrece el uso del análisis lógico y de la ejecución de acciones que resuelvan el problema. En relación a los trabajos de Morán Astorga (2005) la coincidencia radica en contemplar que aquellos enfermeros que tengan niveles elevados de Despersonalización y Agotamiento Emocional tendrán respuestas más pasivas, tendientes a la evitación o el escape, mientras que quienes se sientan realizados en su puesto de trabajo buscarán a partir de la planificación activa resolver sus problemas. Por último en relación a Austria Corrales, Cruz Valde, Herrera Kienhelger y Salas Hernández (2012), puede considerarse el efecto protector que mencionan los autores en relación al uso de estrategias de afrontamiento activas (control, planeación, búsqueda de información, de apoyo emocional, entre otras) sobre el síndrome de *Burnout*, lo que haría que los síntomas disminuyan, visto que se asimilan a los resultados obtenidos en la presente investigación.

En consecuencia, lo que se observa es que las Respuestas de Afrontamiento asociadas a Realización Personal en el Trabajo parecen ser más activas (es decir, que implican confrontación o son un intento de cambiar la fuente de estrés) y directas (porque buscan cambiar la situación estresante) y por lo tanto son más efectivas en el afrontamiento del síndrome de *Burnout* y tendientes a la resolución que las que se asocian a Despersonalización que en general son más pasivas y propensas a estrategias de carácter inactivo e indirectas.

Como para concluir los resultados obtenidos a través del análisis estadístico coinciden con lo señalado oportunamente en el marco teórico, aunque los aportes bibliográficos, los antecedentes y los resultados de la presente investigación tengan divergencias.

7.1. Discusión Final

La presente investigación es resultado de una Práctica de Habilitación Profesional que se llevó a cabo en una institución privada dedicada al cuidado de adultos mayores pertenecientes a una comunidad religiosa, que tiene como finalidad mejorar la calidad de vida de los adultos mayores estimulando la autonomía personal y previniendo la dependencia de sus capacidades, sosteniendo los valores de sus tradiciones, para ello, el trabajo de los profesionales es interdisciplinario, buscando ver a los residentes con una mirada integrativa. Los residentes son aproximadamente trescientos ochenta con estados de salud variados, razón por la cual, a nivel sectorial, la institución es dividida en base a dos fundamentos, por un lado, el estado de salud y, por el otro, el arancel que se realiza por los servicios prestados. La concurrencia a la institución permitió la participación activa en talleres desarrollados por el área de terapia ocupacional, hecho que permitió una observación directa a los profesionales de enfermería en su quehacer diario en distintos turnos y el surgimiento del tema de investigación.

La principal limitación del presente trabajo tiene que ver con la especificidad de la población del grupo de enfermeros y asistentes de enfermería, y el tamaño de la muestra, la cual encuentra su justificación en características del funcionamiento de la institución y los tiempos acotados para el desarrollo del presente trabajo. Al ser una muestra pequeña, no se permite un profundo análisis estadístico, correspondiendo señalar que todos los estudios citados oportunamente utilizan muestras de mayor tamaño. Y a su vez, la inevitable limitación en relación a la posibilidad de generalizar los resultados debido a la mencionada especificidad al tratarse de una población de un geriátrico privado. A raíz de ello, se considera necesario replicar el diseño con mayor tamaño muestral y una población que

incluya tanto a profesionales de geriátricos públicos como de instituciones privadas, o en su defecto focalizarlo en un número de instituciones privadas más representativo.

A su vez, y habiendo sido éste un estudio de tipo transversal y no experimental, sólo se puede inferir la asociación entre variables pero no es posible identificar vínculos de causalidad, que en caso de conocerlos podrían ampliar las perspectivas de los resultados obtenidos.

Tampoco se ha podido evaluar a la población fuera del ambiente laboral, considerando la sensación de obligatoriedad que experimentaron algunos sujetos de la muestra al ser encuestados en la misma institución. Así también, algunos enfermeros expresaron que sus compañeros tuvieron temor a un despido o represalias por parte de la institución dependiendo de las respuestas que coloquen a pesar de haber firmado un consentimiento informado donde se garantizaba anonimato absoluto; estos sentimientos fueron producto de temer que los inventarios sean vistos por las autoridades de la institución, y ante esta posibilidad, algunos no fueron completamente honestos en sus respuestas, y otros directamente no los completaron, por ello la muestra que inicialmente comenzó siendo de 215 participantes concluyó con 93.

La labor profesional en el contexto de una institución de salud privada como en la que se realizó este trabajo resulta extremadamente valorable pero a su vez conspiró contra la calidad de los resultados. Los tiempos para la evaluación, devolución y seguimiento de los enfermeros no fueron los adecuados para lograr un conocimiento acabado sobre las variables de análisis.

De igual forma, una perspectiva crítica, que se desprende de una limitación del presente trabajo, es explicada a partir del tipo de estudio, pudiendo haberse realizado un trabajo combinado, donde no sólo se realicen estudios cuantitativos, sino también cualitativos, para conocer en profundidad variables que se escapan del análisis estadístico y que se asocian a vivencias particulares de los profesionales, que podría de algún modo haber evitado limitaciones ya mencionadas y enriquecido la investigación.

En cuanto a posibles líneas de investigación que ayudarían a confirmar los resultados obtenidos en este trabajo y profundizar sus conclusiones pueden mencionarse las siguientes.

En vista de la limitación mencionada en cuanto al tamaño muestral y a la especificidad de la población, una muestra más generalizada y mayor en cantidad de profesionales de enfermería o de la sanidad en general de las instituciones geriátricas, significaría una mejora en cuanto a las posibilidades de generalización de los resultados, aun aceptando que no se trabaja con muestras probabilísticas.

Por otra parte, estudios longitudinales permitirían medir y controlar los síntomas asociados al Síndrome de Burnout, así como también comparar el desempeño de estos profesionales dependiendo

de los niveles y dimensiones de *Burnout* que prevalecen en cada caso, con el fin de evaluar si existen diferencias entre ellas y en qué grado, y finalmente conocer la asociación con las Respuestas de Afrontamiento de forma más abarcativa.

En consecuencia, y en lo que respecta al presente trabajo específicamente, sería importante evaluar la posibilidad de aprovechar el departamento de terapia ocupacional con que cuenta la institución y brindarla al servicio de los profesionales sanitarios que se desempeñan en ella, implementando terapias ocupacionales y psicosociales, articulando los mismos con actividades que pudieran ayudar a mejorar el estrés ocupacional de los profesionales y su relación entre ellos, con los residentes y la institución.

Teniendo en cuenta que la institución no cuenta hoy en día con un psicólogo ocupacional o un departamento de psicología abocado al personal, podría considerarse la opción de apertura del mismo con la ayuda de pasantes y/o residentes, para quienes también sería de utilidad para aprender desde la práctica misma, implementando talleres y actividades con orientación recreativa, reflexiva, relajante, de autoconocimiento, tanto grupales como individuales, para así crear una fuente de atención primaria de la salud psicológica.

Tal y como plantean Zaldúa, Lodieu, y Koloditzky, (2000), las modificaciones estructurales que está sufriendo el área de la salud acorde al neoliberalismo, tales como el desmantelamiento hospital público, la mercantilización y privatización del sector, deben ser estudiadas para conocer el impacto que tienen en los trabajadores de la salud. Esto, sumado al creciente desempleo, la pérdida de protección social del Estado, la progresiva desigualdad social en la apropiación de bienes materiales y simbólicos crean vulnerabilidad en el campo social; es por ello que la tarea asistencial se vuelve muy estresante, la desprotección social impacta al profesional y genera limitaciones en sus posibilidades terapéuticas vulneran la práctica profesional y generan dos situaciones polares: un desapego notorio o un exceso de compromiso

Así también, considerando a lo siguiente como una limitación de la institución y a la vez una crítica constructiva, es menester resaltar que la mayoría de los enfermeros que se desempeñan en la misma no cuentan con estudios específicos sobre gerontología y/o geriatría, hecho que evidencia una falta de preparación ante la tarea de atender a adultos mayores con demencia. Estos residentes son pacientes particularmente distintos al resto, significan una población académica y profesionalmente descuidada, que entre otras cuestiones, enfrentan al profesional con padecimientos que suelen ocultarse socialmente y significan como pacientes, en cuestiones cognitivas, conductuales, emocionales y

psicológicas personas distintas cada día; motivos que requieren, para preservar la salud de los profesionales una preparación adecuada.

Y en consonancia con esto es que, es importante considerar que, como señalan Folkman, Lazarus, Gruen, y DeLongis, (1986) a pesar de la falta de estabilidad en algunas de las variables del proceso, el análisis indica que las variables de personalidad y la evaluación agregada y los procesos de afrontamiento tienen una relación significativa con los síntomas psicológicos, donde el dominio y la confianza interpersonal se correlacionan significativamente con los síntomas psicológicos, incluso después de que la persona logra controlar la evaluación y el afrontamiento. Es por esto que futuras líneas de abordaje pueden situarse a partir de estas relaciones.

En síntesis, se trató de una experiencia sumamente enriquecedora, donde la apertura de la institución permitió no centrarse en un tema de indagación obvio dentro de un geriátrico, esto por un lado tuvo la limitación de enfrentar al investigador con un terreno inexplorado y por ello sin recursos previos, pero por el otro tubo la libertad de generar la incertidumbre propia de un desafío. Es por ello que este Trabajo Final de Integración ha resultado, al mismo tiempo, valioso en cuanto a los aportes locales que brinda a los estudios de *Burnout* y Respuestas de Afrontamiento, pero al mismo tiempo incita a seguir investigando ya que es cada vez más complejo y variado el mercado laboral, el posicionamiento de las personas frente al mismo y el rol que ocupan tanto el estrés como la forma en que cada persona lo afronta en su vida cotidiana. Resta mucho por investigar sobre el tema, donde el campo es ampliamente alentador.

8. Referencias Bibliográficas

- Ahumada, M., & Escalante, E. (2011). Validity of content of Moos' Coping Responses Inventory through multidimensional scaling. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 15(2), 17-26.
- Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M. E., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista española de salud pública*, 78(4), 505-516.

- Álvarez Gallego, E., & Fernández Ríos, L. (1991). El Síndrome de " Burnout" o el desgaste profesional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11(39), 257-265.
- Aranda Beltrán, 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.
- Atance Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista española de salud pública*, 71(3), 293-303.
- Austria Corrales, F., Cruz Valde, B., Herrera Kienhelger, L., & Salas Hernández, 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).
- Ebata, A. T., & Moos, R. H. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of applied developmental psychology*, 12(1), 33-54.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions* (Vol. 1). New York: Human Sciences Press.
- Fleming, R., Baum, A., & Singer, J.E. (1984). Toward an integrative approach to the study of stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 939-949.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 50(5), 992.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571.
- Fondacaro, M. R., & Moos, R. H. (1987). Social support and coping: A longitudinal analysis. *American Journal of Community Psychology*, 15(5), 653-673.
- Freudenberger, H. J. (1977). Burn-out: Occupational hazard of the child care worker. *In Child and Youth Care Forum*, (2), 90-99. Springer Netherlands.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrónica InterAção Psy*, 1(1), 19-33.
- Goldvarg, D. A. (1996). Self-perceived Spirituality and Burnout in Health Care Providers Working with People with AIDS (Doctoral dissertation, California School of professional Psychology).
- Golembiewski, R. T., Hilles, R., & Daly, R. (1987). Some effects of multiple OD interventions on burnout and work site features. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 23(3), 295-313.
- Gutiérrez-Aceves, G. A. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencias*, 11, 305-309.

- Hodges, L. (1976). Why teaching is a dying profession. *New York Times Educational Supplement*. 7.
- Jiménez, B. M., Lara, R. M. M., Muñoz, A. R., Chavez, A. P., & Loo, M. M. M. (2014). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y salud*, 16(1), 5-13.
- Jofré, V., & Valenzuela, S. (2005). *Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Aquichan, 5(1), 56-63.
- Lazarus R. S., & Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of personality*, 1(3), 141-169.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied social psychology annual*.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- McMurray, J. E., Linzer, M., Konrad, T. R., Douglas, J., Shugerman, R., & Nelson, K. (2000). The work lives of women physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 15(6), 372-380.
- Meier, S. T. (1983). Toward a theory of burnout. *Human relations*, 36(10), 899-910.
- Mikulic, I. M. (1998). La Evaluación Psicológica de los Recursos Sociales y los Estresores de Vida. Aportes del inventario LISRES. Sainte Claire Editora, Bs. As.
- Mikulic, I. M. (2007). Calidad de Vida: Aportes del Inventario de Calidad de Vida percibida y del Inventario de Respuestas de Afrontamiento a la Evaluación Psicológica. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 3, 1-74.
- Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory: Adult Form Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Moos, R. (1994). *Life Stressors and Social Resources Inventory Psychological Assessment Resources*, Inc. Florida. USA.
- Morán Astorga, C. (2005). Personalidad, afrontamiento y burnout en profesionales de atención a personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero*, 36(213), 30-39.
- Needle, R. H., Griffin, T., & Svendsen, R. (1981). Occupational Stress: Coping and health problems of teachers. *The Journal of School Health*, 51, 175-181.
- Parada, M. E., Moreno, R., Mejías, Z., Rivas, A., Rivas, F., Cerrada, J., & Rivas, F. (2005). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, 2005. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 33-45.

- Paredes, O., & Sanabria-Ferrand, P. A. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Médica*, 16(1), 25-32.
- Pérez Jáuregui, M. I. (1998). Tesis Doctoral: La construcción auténtica e inauténtica del proyecto de vida laboral. Clasificación. Bibl. Universidad del Salvador.
- Pérez Jáuregui, M. I. (2000). Cuando el estrés laboral se llama Burnout: ("quemarse en el trabajo"): causas y estrategias de afrontamiento. Universidad Libros.
- Popp, M. S. (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.
- Rial Boubeta, A., Iglesia, G. D. L., Ongarato, P., & Fernández Liporace, M. (2011). Dimensionalidad del Inventario de Afrontamiento para adolescentes y universitarios. *Psicothema*, 23(3).
- Robles Ridi, P. E., Tapia, M. L., Correche, M. S., & Dipp, F. (2011). Burnout y Bienestar Psicológico en personal de un sistema privado de emergencias médicas. In *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1), 119-124.
- Semmer, N. (2003). Individual differences, work stress and health. *Handbook of work and health psychology*, 2, 83-120.
- Zaldúa, G., Lodieu, M. T., & Koloditzky, D. (2000). La salud de los trabajadores de la salud. Estudio del síndrome de Burnout en hospitales públicos de la ciudad autónoma de Buenos Aires. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 19(4), 167-172.