

ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

*SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DE HOSPITALES ONCOLÓGICOS CUBANOS. EFICACIA
DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN. 2004-2009*

*Tesis presentada en opción al Grado Científico de
Doctora en Ciencias de la Salud*

Autora: MSc. Margarita Chacón Roger

Ciudad de La Habana, 2009

*Instituto de Oncología y Radiobiología
Vicedirección de Investigaciones
Departamento de Investigaciones Clínicas*

*SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN EL PERSONAL DE
ENFERMERÍA DE HOSPITALES ONCOLÓGICOS CUBANOS. EFICACIA
DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN. 2004-2009*

Tesis presentada en opción al Grado Científico de
Doctora en Ciencias de la Salud

Autora: MSc. Margarita Chacón Roger

Tutor: Dr. C. Jorge Grau Abalo

Asesor: Dr. C. Ricardo Grau Abalo

Ciudad de La Habana, 2009

Agradecimientos

La terminación del doctorado, constituye la meta más relevante de mi vida profesional, presentar esta tesis significa estar llegando a esa meta. Quiero dejar constancia de mis más profundos agradecimientos a todas las personas que contribuyeron a que llegara este momento.

En primer lugar, al Dr. Jorge Grau Abalo por ser la persona que me inspiró y me sirvió de guía a lo largo de 15 años; primero me hizo ver que mi horizonte profesional debía ser ampliado para poder comprender de manera integral el proceso salud-enfermedad, específicamente en el área de la Oncología, conocimientos alcanzados con la culminación de la Maestría en Psicología de la Salud; en segundo lugar, por creer en mí y ser mi maestro y mi amigo a lo largo de estos años. Le agradezco además, su apoyo incondicional, sus brillantes ideas y profundos conocimientos, su lealtad, dedicación, entrega y apego en la transmisión de sus conocimientos y por mantener mi motivación para la realización de todas las tareas investigativas que dieron lugar a esta tesis; honestamente no encuentro las palabras adecuadas para describir mi agradecimiento y mi gratitud, por eso lo resumiré diciendo: GRACIAS, PROFESOR, MUCHAS GRACIAS!.

Al Dr. Ricardo Grau Abalo y su familia, por toda su dedicación, por todo el cariño con que me acogieron en su casa durante el procesamiento de los datos, por todo su apoyo, asesoría, por su amistad y, sobre todo, por su paciencia.

A mi esposo Raúl Coto Wong, por todo su amor, su sacrificio, apoyo y comprensión a lo largo de todos estos años, por perdonar mis desvelos, por confiar en mí. A toda mi familia por su amor y su confianza, por potenciar mi deseo de desarrollo profesional.

A todos mis compañeros del Instituto de Oncología, de la Unidad Nacional para el Control del Cáncer y de los Hospitales Oncológicos "Maria Cure" y "Conrado Benítez", y a muchos otros que me han demostrado con creces su confianza, preocupación y apoyo.

A todos los profesores de la Maestría en Psicología de la Salud y, muy especialmente, a su Coordinadora la Dra. Isabel Louro Bernal, por todo su apoyo y dedicación.

A TODOS LES QUEDO ESPECIALMENTE AGRADECIDA

Dedicatoria

A las enfermeras y enfermeros que trabajan día a día con pacientes con cáncer
y sus familiares, en los hospitales oncológicos del país

Síntesis

SÍNTESIS

Los estudios sobre el Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) en Enfermería identifican diversos factores que interactúan en su desarrollo. El objetivo de esta investigación fue identificar la magnitud del SDP en el personal de Enfermería de hospitales oncológicos cubanos, determinar los factores laborales y personales que intervienen en el proceso de desgaste y validar la eficacia de un programa de intervención. Se realizaron tres estudios utilizando diseños descriptivo, analítico y experimental. Los principales resultados mostraron que este síndrome está presente en el 44.0 % de los sujetos; los factores de riesgo más asociados fueron: la sobrecarga laboral, el turno rotativo, las "características de la tarea" y de la "organización", así como el excesivo tiempo de interacción con los pacientes. Estos factores interactuaban con la formación académica, la sobrecarga "extra-laboral" por el cuidado de la familia, y con las características personales: altos niveles de ansiedad-estado, afrontamientos de evitación y escape y las orientaciones de la personalidad menos salutogénicas. Las consecuencias para la salud más asociadas fueron los dolores musculares, de cabeza y los catarros. La intervención estuvo centrada en el incremento de conocimientos sobre el estrés laboral y su control, su eficacia quedó demostrada al disminuirse los niveles del SDP y sus consecuencias.

Índice

ÍNDICE:	Pág.
INTRODUCCIÓN: problemas, hipótesis y Objetivos.....	1
CAPITULO 1: DESARROLLO HISTÓRICO Y NUEVAS TENDENCIAS EN LA CONCEPTUALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL	
1.1. Delimitación conceptual del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP).....	11
1.2. El Síndrome de Desgaste Profesional en profesiones asistenciales	16
1.3. Modelos procesuales y explicativos: factores desencadenantes y moduladores.....	18
1.4. Consecuencias del Síndrome de Desgaste Profesional.....	31
1.5. Métodos de evaluación. Principales instrumentos usados.....	33
1.6. Las estrategias de intervención: algunas experiencias.....	38
1.7. La Enfermería como profesión de riesgo.....	40
CAPITULO 2: CONCEPCIÓN Y DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	
2.1. Diseño metodológico de la investigación.....	48
2.2. Diseño metodológico de los estudios descriptivos y analíticos.....	50
2.3. Estrategia metodológica del estudio experimental: diseño, implementación y evaluación.....	54
2.4. Instrumentos de evaluación.....	69
2.5. Procesamiento de los datos.....	72
2.6. Aspectos éticos de los estudios.....	75
CAPITULO 3: CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA. EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	

3.1. Estudio 1. Magnitud del SDP en enfermero(a)s que trabajan en hospitales cubanos de Oncología.....	76
3.2. Estudio 2. Factores de riesgo asociados al desarrollo del SDP y sus consecuencias	
3.2.1. Factores de riesgo sociolaborales asociados al desarrollo del SDP.....	79
3.2.2. Factores de riesgo de carácter sociodemográfico que intervienen en el desarrollo del del SDP.....	88
3.2.3. Factores de riesgo de carácter psicosocial: emociones, afrontamientos y variables salutogénicas asociadas al desarrollo del DP	93
3.2.4. Consecuencias o repercusiones negativas del SDP	100
3.3. Estudio 3. Diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención dirigido a reducir los niveles del SDP y sus consecuencias	
3.3.1. Comparación entre grupos antes de la intervención.....	103
3.3.2. Implementación y evaluación del Programa de intervención.....	105
3.3.3. Evolución del SDP en los grupos y su relación con los factores de riesgo antecedentes. comparación antes vs. después de la intervención.....	109
3.3.4. Cambios en las consecuencias antes versus después de la intervención.....	111
CONCLUSIONES.....	117
RECOMENDACIONES.....	119
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE HOSPITALES ONCOLÓGICOS CUBANOS. EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN. 2004-2009

INTRODUCCIÓN

A partir de los años 70 del siglo pasado se reportó la existencia de un fenómeno conocido comúnmente como “síndrome de burnout”, cuya denominación en inglés significa literalmente “quemado”. Desde los primeros trabajos^{1,2} y hasta la actualidad, la literatura extranjera ha registrado numerosos estudios. Se han elaborado modelos teóricos³⁻⁷ y diversas aproximaciones conceptuales que lo explican como un proceso dinámico en el que intervienen factores de riesgo socio-laborales inherentes a las instituciones u organizaciones de servicios humanos, factores relacionados con la naturaleza específica del trabajo que se realiza y factores relacionados con la vulnerabilidad individual de los trabajadores al estrés. Se le atribuye gran importancia como problema de investigación actual por las notables consecuencias negativas para la salud de los trabajadores y para el desarrollo y eficiencia de las instituciones⁸. Se ha asociado al proceso de estrés en los servicios⁹, se han diseñados instrumentos de medición¹⁰ y se han recomendado programas de intervención dirigidos a su control y prevención¹¹⁻¹³.

Ha sido denominado de diferentes formas: “Síndrome del Quemado” o “Quemamiento en el trabajo”¹⁴⁻¹⁷, “Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT)”¹⁸⁻²⁰ o “Desgaste Psíquico en el Trabajo”²¹ y “Síndrome de Desgaste Profesional”^{22,23}. En este trabajo se ha preferido utilizar la denominación “Síndrome de Desgaste Profesional (SDP)”, que permite asociarlo a otras variables psicosociales²⁴⁻²⁶ y facilitará explicar mejor el proceso disfuncional propio del burnout, que también hace referencia al proceso de pérdida del compromiso personal en las tareas laborales, aún cuando pueda afectar otros ámbitos de la vida laboral y social²⁷⁻²⁹.

A los fines de esta investigación, se asume su definición como un “Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, que surge como respuesta al estrés laboral crónico, cuando fallan las estrategias de afrontamiento que el trabajador utiliza para manejar las situaciones de estrés; y que implica una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes con carácter negativo: alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas, nocivas para los trabajadores de servicios asistenciales, y consecuencias desfavorables para la calidad del servicio y la propia estructura funcional de la institución u organización”^{25,30,31}. Existen coincidencias entre autores de diferentes países y contextos en cuanto a las dimensiones que lo integran^{25,29,32-35}: *agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal*, esta concepción trifásica inicial de Maslach ha perdurado en el plano teórico y metodológico^{25,36,37}.

Los estudios del SDP a lo largo de más de treinta años han ido reflejando cambios en los enfoques y métodos de trabajo que van desde los centrados en la Psicología Laboral y Organizacional^{1,7,9,38-44}, hasta los enfoques basados en la Psicología Social^{3-5,45-47} y en la Psicología Clínica y de la Salud^{2,10,25,48,49}. Nuevas orientaciones explicativas se fundamentan en el compromiso social del trabajador con su organización^{50,51}. La necesidad de estudiar este fenómeno se puede explicar a partir de las consecuencias negativas que produce a las instituciones y en diferentes áreas de la calidad de vida laboral de los trabajadores⁵²⁻⁶², especialmente de servicios asistenciales^{14,16,34,61-65}.

Se han generado numerosas investigaciones en profesionales de Enfermería^{18,30,33,52}, de Medicina^{22,62,66-68}, de Salud Mental en general, incluso en psicólogos y trabajadores sociales^{69,70}, también en otros profesionales de servicios, como maestros^{24,53-55}, policías, bomberos y personal de seguridad^{56,58,59}. En el caso específico de Enfermería, investigadores de diferentes países y contextos han concluido que esta disciplina debe ser encuadrada dentro de los grupos profesionales de

riesgo^{8,33,52,71-77}, debido a tres factores: a) características de las transacciones que se producen en el contexto sociolaboral y que son propias a esta profesión, b) estresores relacionados con la naturaleza específica de la tarea (tipo de enfermos) y, c) estresores extra-laborales (cuidados de la familia y el hogar), determinados por características de género, ya que tradicionalmente en esta profesión la mayoría han sido mujeres. En la atención a pacientes con cáncer, estos estresores adquieren mayor frecuencia e intensidad debido a que la historia natural de estas enfermedades, sus tratamientos cruentos y pronósticos desfavorables^{27,28,30,71-75}, suponen relaciones interpersonales cargadas de tensiones y dificultades entre lo(a)s enfermero(a)s, los pacientes y los familiares.

Diferentes estudios han estimado la prevalencia en diversos grupos de profesionales de la salud. Pando y colaboradores han encontrado cifras del SDP entre 6,5 y 10 %¹⁴; Gil-Monte y Peiró han constatado una prevalencia entre 5 y 15 % también en profesionales de la salud de España^{18,19,21,31}, muchos de los cuales eran enfermero(a)s, aunque reportan que otros autores estiman prevalencia de hasta un 20 %, e incluso superiores⁷⁸. En general, los estudios reportan diferentes niveles de afectación^{19,31,33,78,79}. Considerando las puntuaciones obtenidas en varios estudios sobre auxiliares y/o enfermeros universitarios, e incluso, comparando con los resultados en médicos y otros profesionales, los niveles de afectación se presentan oscilantes^{80,81}. Las estimaciones de prevalencia se han hecho atendiendo a factores de naturaleza muy diferente⁸²⁻⁸⁶. Por ejemplo, Benevides-Pereira encontró 24,2-28,2 %, en función de una dimensión que consideró clave⁸³. No conocemos de estudios de prevalencia que puedan ser considerados concluyentes para un determinado grupo profesional.

El proceso de desgaste no sólo depende de los factores de riesgo laborales presentes en las instituciones o contextos laborales concretos, sino también de las características individuales o vulnerabilidad de los trabajadores y, de la naturaleza de la tarea, de los afrontamientos de los

trabajadores ante estresores crónicos, así como de los estresores extra-laborales (relación trabajo-familia y otras fuente de estrés cotidiano) que pueden potenciar los factores de riesgo ya existentes, interactuando con variables socioculturales. La complejidad de la investigación en este tema pone de relieve lo difícil que puede resultar una caracterización integral del proceso; es probable que sus variables antecedentes o causales, sus dimensiones y consecuencias en una institución o servicio sean singulares y esto también puede reflejarse al intentar establecer su prevalencia. Habría que estudiar las razones de tanta variabilidad en los diferentes perfiles profesionales con estudios multicéntricos, intersectoriales y transculturales.

Los resultados de estudios nacionales y extranjeros subrayan la importancia de continuar investigando este fenómeno por su repercusión negativa. Con frecuencia se reconoce que las relaciones interpersonales que se establecen con pacientes y familiares juegan un papel importante en la génesis del SDP^{18,21} y precisamente, son los profesionales de Enfermería los que mantienen mayor tiempo de interacción con los pacientes, los familiares y los compañeros de trabajo, lo que pudiera explicar la exposición prolongada a estos estresores y el incremento del riesgo a desarrollar este fenómeno ^{21,30,33,74,77}; aunque no se debe descuidar el hecho de que el SDP tiene un origen multicausal.

La verdadera importancia que tiene el estudio de este fenómeno se le atribuye a las consecuencias negativas que produce: emocionales (agotamiento emocional, sentimientos de soledad, ansiedad, sentimientos de impotencia u omnipotencia), actitudinales (cinismo, apatía, suspicacia), conductuales (agresividad, aislamiento, cambios bruscos del humor, irritabilidad, con afectación de las relaciones interpersonales) y psicofisiológicas (dolor precordial, crisis asmáticas, infecciones, alergias, úlceras frecuentes, dolores cervicales, de espalda y jaquecas, fatiga, diarreas, dismenorreas, insomnio)^{7,16,21,73,86-89}. Desde Freudenberguer² se supo que los afectados se quejaban de agotamiento,

catarro crónico, jaquecas, insomnio, dificultades respiratorias y digestivas, poco control emocional. Luego fueron descritas las consecuencias para la institución: actitudes negativas hacia personas que son el destino del trabajo y hacia el propio trabajo, ausentismo, uso de alcohol y otros tóxicos, motivación escasa y baja implicación laboral, irritabilidad hacia colegas y usuarios, preocupación excesiva por el confort, tendencia a culpar del fracaso a usuarios, resistencia al cambio y baja creatividad²¹.

Eliminar todos los factores de riesgo no es fácil ni imprescindible; lo importante está en las transacciones entre los trabajadores y la organización^{21,43,50}, los estresores siempre serán revalorados por los trabajadores⁷³. Esta razón hace que se preste mucha importancia a las características personales y los afrontamientos como facilitadores, inhibidores o moduladores del proceso a la hora de diseñar e implementar programas preventivos o de control^{30,73,75,87-89}. Las formas de intervención que incorporan los progresos investigativos ponen énfasis en que los programas deben incluir un conjunto de técnicas a trabajar en el plano individual, interpersonal o grupal y también, en el plano institucional^{21,28,90-93}, que sean desarrolladas a través de un proceso de entrenamiento y formación de habilidades. En general, las estrategias, métodos y procedimientos a usar son muy disímiles, por eso se deben conformar “paquetes” específicos; no hay técnicas “universales”.

En Cuba se han desarrollado varias investigaciones en este tema, fundamentalmente en el personal de Enfermería^{28,30,87-89,91,92}, pero aún no se conoce si este fenómeno tiene características distintivas en los diversos contextos estudiados. Existen pocos estudios extranjeros realizados específicamente en Enfermería Oncológica, no se dispone en nuestro país de resultados suficientes para aseverar cuál es su magnitud. Tampoco se tienen referencias de estudios cubanos dirigidos al diseño e implementación de programas de prevención y control, aunque los resultados disponibles permiten vislumbrar su

pertinencia. Al diseñar un programa de intervención dirigido a lo(a)s enfermero(a)s que trabajan en Oncología deberán considerarse factores propios de esta especialidad: historia natural del cáncer, sus tratamientos y su pronóstico desfavorable en la mayoría de los enfermos^{28,30,70-73} por su posible repercusión en la comunicación y las relaciones interpersonales, al ser consideradas éstas como un factor importante en la génesis del este síndrome⁹⁴⁻¹⁰².

Algunos estudios previos realizados en profesionales cubanos de Enfermería que trabajan en hospitales de Oncología apuntaron a la presencia de reacciones emocionales de ira y hostilidad frente a situaciones complejas relacionadas con el cuidado de sus pacientes^{30,74,103}, en estos profesionales también se han reportado puntuaciones en niveles “moderado” y “alto” en las tres dimensiones clásicas del síndrome, medidas por el Cuestionario Breve de Burnout⁷¹. Los resultados de estudios previos que avalan la influencia del estrés ocupacional y los factores de riesgo laborales en el desarrollo y decursar del SDP y sus repercusiones negativas en la calidad de vida laboral de los profesionales, junto a la necesidad de buscar formas efectivas de prevención y control, han guiado la presente investigación hacia los siguientes problemas científicos:

¿Cuál es la magnitud del SDP en el personal de Enfermería que trabaja en Oncología, a partir de la identificación de sus niveles y dimensiones?... ¿Qué variables psicosociales, personales y laborales están asociadas al desarrollo del SDP en estos profesionales?... ¿Qué repercusión o consecuencias tiene el SDP en este personal? ¿Resultará eficaz una intervención dirigida a reducir los niveles del SDP y sus repercusiones negativas si su diseño incorpora estrategias dirigidas a incrementar los conocimientos y desarrollar habilidades para el mejor control del estrés y el afrontamiento más eficaz ante los riesgos laborales del síndrome en este personal?

Objetivos:

1. Identificar la magnitud del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) en el personal de Enfermería que trabaja en los hospitales cubanos de Oncología.
2. Determinar si existe asociación entre los niveles del SDP y factores socio-laborales, socio-demográficos y psicológicos que puedan intervenir en el desarrollo y decursar de este fenómeno en estos trabajadores.
3. Determinar si existe asociación entre los niveles del SDP y las consecuencias identificadas en el personal de Enfermería que trabaja en los hospitales cubanos de Oncología.
4. Evaluar la eficacia de un programa de intervención dirigido a reducir los niveles del SDP y sus efectos negativos en lo(a)s enfermero(a)s que trabajan en los hospitales cubanos de Oncología.

Hipótesis:

- Existe una asociación directa e indirecta entre factores de riesgo laborales (sobrecarga, turnos rotativos y nocturnos, déficit de apoyo social, problemas de clima y organización) y los estresores en el ámbito familiar (sobrecarga por acumulación de roles durante el cuidado de la familia), que al interactuar con cualidades y características personales (estilos de afrontamiento y orientación salutogénica) y la naturaleza de los cuidados al paciente con cáncer y su familia (interacción excesiva, comunicación difícil por la carga emocional relacionada con sentimientos de pérdidas y el estrés asociado), hacen a estos trabajadores vulnerables al desarrollo del SDP.
- Los niveles del SDP y sus consecuencias negativas en enfermero(a)s que trabajan en hospitales de Oncología pueden disminuirse si se implementa un programa de intervención que integre diversas técnicas, dirigidas a incrementar los conocimientos y a desarrollar habilidades para el mejor control

del estrés y el afrontamiento más eficaz ante los factores de riesgo laborales del síndrome en este personal.

Partiendo de los enfoques teóricos planteados en esta investigación, así como en los objetivos formulados, se diseñaron tres estudios: el primero, descriptivo de corte transversal, desde la perspectiva de la investigación epidemiológica con método cuantitativo para identificar la magnitud del fenómeno. Los sujetos proceden de los tres hospitales cubanos de Oncología por ser los únicos centros donde lo(a)s enfermero(a)s se dedican específicamente al cuidado integral de pacientes con diagnóstico de cáncer y sus familiares. El segundo estudio, estuvo dirigido a determinar asociaciones entre los niveles del síndrome y factores “antecedentes”: socio-laborales, psicológicos y socio-demográficos que puedan intervenir en el proceso de desgaste en estos profesionales, así como asociaciones entre los niveles del SDP y sus consecuencias. El tercer estudio, con diseño experimental en dos grupos paralelos, estuvo dirigido a validar la eficacia de una intervención orientada a reducir los niveles del SDP y sus consecuencias.

La actualidad del tema abordado se sustenta en los resultados de investigaciones precedentes que destacan el papel de los riesgos psicosociales laborales y, en particular, del SDP en la baja calidad de vida laboral del personal de Enfermería y su influencia en la disminución de la calidad de los servicios, en la insatisfacción de usuarios (pacientes y familiares) y en el deterioro de otras áreas de la vida personal, institucional y social de los profesionales afectados. Particular actualidad se le concede al perfil de “Enfermería Oncológica” al no disponerse de información suficiente para aseverar cuales son los factores laborales de riesgo presentes en los hospitales cubanos de Oncología y no conocerse cuál es la magnitud de éste fenómeno ni sus consecuencias. Se infiere que la historia natural de estas enfermedades, la alta prevalencia e incidencia de pacientes con cáncer en el país, así como la

estigmatización acumulada, podría generar en la población y en los propios profesionales un gran impacto psicológico, que a su vez facilitaría el desarrollo de este fenómeno. La búsqueda de información relativa a estos profesionales permitió recopilar cinco reportes de investigaciones que de algún modo se relacionaban con este estudio, en realidad sólo uno subraya la posible influencia de la comunicación con los pacientes en la aparición de tensión y estrés laboral; no se disponía entonces de resultados precedentes que describan los elementos específicos del síndrome en este perfil profesional.

El aporte teórico de la investigación radica en la identificación de los factores de riesgo laborales presentes en los hospitales cubanos de Oncología que se encuentran asociados al desarrollo del SDP en lo(a)s enfermero(a)s: sobrecarga laboral, turnos rotativos y nocturnos, interacción excesiva con pacientes y familiares y sobrecarga por tareas domésticas y familiares. También se establecieron combinaciones de factores que potencian o disminuyen el riesgo: el cargo de jefe de sala asociado al tiempo de interacción con los pacientes y familiares, la sobrecarga laboral asociada a la sobrecarga por otras tareas en el hogar y la familia, las “características de la tarea” asociadas al tiempo de interacción con pacientes y familiares, la “organización” asociada al trabajo por turnos rotativos. Además se identificaron cualidades y características personales que pudiesen actuar modificando el riesgo (estilos de afrontamiento y orientación salutogénica). Todos estos factores han surgido como características distintivas del proceso de desgaste de lo(a)s enfermero(a)s que trabajan en los hospitales cubanos de Oncología.

La significación práctica se sustenta en la propuesta de un programa de intervención eficaz para reducir los niveles de afectación y las consecuencias del SDP, como nueva tecnología no tangible que integra de forma coherente los resultados de investigaciones cubanas y extranjeras en este tema. No obstante, aunque se ha demostrado la eficacia del programa, su introducción generalizada en la práctica debe ser

evaluada consecuentemente para conocer su efectividad y su eficiencia a más largo plazo. Desde el punto de vista instrumental se realizó la validación de contenido y de constructo del MBI como instrumento clásico para el diagnóstico, así como la comparación de su estructura trifásica (dimensiones distintivas del SDP), con las dimensiones del Cuestionario Breve de Burnout (CBB), lo que permitirá su mejor uso en nuestro medio.

Los resultados de la implementación del Programa de intervención en los hospitales de Oncología podrían lograr un impacto económico, ya que el incremento de la realización profesional y la preservación del bienestar de este personal, podría fortalecer el sentido de pertenencia y el compromiso laboral, con la disminución de la rotación y el ausentismo institucional. El impacto social se puede explicar al mejorar la calidad de la atención de Enfermería, lo que redundaría en mayor satisfacción de pacientes y familiares.

Los resultados de esta investigación emanan de proyectos del Programa Ramal de Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud y de una tesis de Maestría de la Escuela Nacional de Salud Pública, se vinculan con otros Programas Ramales y responden a necesidades del Instituto de Oncología y Radiobiología como centro rector metodológico para la práctica de Oncología en Cuba, y a las necesidades de otros hospitales cubanos de Oncología.

CAPÍTULO 1: DESARROLLO HISTÓRICO Y NUEVAS TENDENCIAS EN LA CONCEPTUALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

El objetivo de este capítulo es analizar la evolución histórica y las nuevas tendencias en la conceptualización y evaluación del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP), a partir de los principales resultados de investigaciones nacionales y extranjeras disponibles; pretende sistematizar los conocimientos alcanzados, evidenciando las principales críticas y los aportes más importantes al estudio del SDP, de forma que se permita la comprensión de los resultados de esta investigación.

1.1- Delimitación conceptual del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP)

La revisión sobre los términos y denominaciones utilizadas para aludir al SDP nos permite concluir que existe insuficiente precisión semántica. No siempre se distingue por el título de la referencia bibliográfica el fenómeno que se revisa. Gil-Monte afirma que la literatura en castellano ofrece al menos diecinueve denominaciones de este fenómeno¹⁹. Las principales son: “Síndrome de quemarse por el trabajo”^{15-19,31,76}, o “Síndrome de quemarse en el trabajo”^{10,65}, “Síndrome de estar quemado”^{104,105}, “Síndrome del quemado”^{14,17,106}, “Estar quemado”^{58,107,108}, “Quemazón profesional”¹⁰⁹, “Desgaste psicológico por el trabajo”^{29,110}, “Desgaste ocupacional”¹¹¹, “Síndrome de Desgaste Profesional”^{22,23,112-114}, “Agotamiento profesional”¹¹⁵⁻¹¹⁶, “Síndrome de cansancio emocional”¹¹⁷, “Estrés crónico laboral asistencial”^{9,118}, “Estrés laboral asistencial”^{10,96}, “Estrés profesional”¹⁰⁹, o simplemente “Estrés laboral”¹¹⁷. Más recientemente aparecieron reportes de investigaciones refiriéndose al burnout como “Síndrome del empleado”¹¹⁹, y como “Enfermedad de Tomás” o “Síndrome de Tomás”¹²⁰⁻¹²¹, pero fueron desestimadas rápidamente por no existir similitudes con las principales características del síndrome.

Un análisis crítico acerca de las denominaciones sugiere que las derivadas del contenido de la palabra burnout y que incluyen el término síndrome son las más adecuadas; están basadas en la traducción literal del término original "burnout syndrome" y describen mejor el proceso disfuncional. En habla hispana las más utilizadas son "Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (SQT) y "Síndrome de Desgaste Profesional" (SDP) que ayudan a la comprensión del fenómeno como un agregado de síntomas: agotamiento emocional, ira y hostilidad, odio, frialdad, frustración, insomnio, dolores musculares, etc^{31,46,122}. Otro elemento que comparten estas dos denominaciones es el hecho de que ambas aluden al trabajo profesional como causa fundamental, es decir, centran su foco en el trabajo y no en el trabajador^{19,123}. Este enfoque previene el desarrollo de posibles sentimientos de culpa que puedan afectar aún más al trabajador, estigmatizándolo, al entender que él es el culpable de lo que está ocurriendo; un individuo estigmatizado posee, o cree poseer, atributos que le otorgan una identidad devaluada en un determinado contexto social y que le hacen vulnerable frente al grupo¹²⁴.

A pesar de las similitudes analizadas entre SQT y SDP, se considera que la primera (SQT) no debe ser utilizada en el contexto social cubano, ya que la formulación "estar quemado" o "se quemó" ha sido utilizada indistintamente en el lenguaje coloquial para aludir a otros fenómenos. Por otra parte, los distintos significados que aparecen en los diccionarios del término "desgaste", apuntan a "estar usado", "estar consumido", "estar dañado", todos ellos de algún modo dan idea de lo que están percibiendo los sujetos afectados, reflejan que el trabajador experimenta sentimientos, actitudes y conductas con un cariz negativo, igual a las descritas por Freudenberguer² y muchos otros autores^{8,21,31,52,79,112}; de ahí que se haya preferido utilizar la denominación "Síndrome de Desgaste Profesional" en esta investigación.

Una crítica necesaria a la mayoría de las denominaciones propuestas es la de utilizar el término burnout como sinónimo de estrés laboral, ya que el estrés laboral es un proceso más amplio. El concepto de estrés ha generado diversas reflexiones sin que aún haya acuerdos definitivos¹²⁵. Si analizamos el enfoque transaccional del estrés^{125,126}, este se define como un proceso dinámico de interacción entre el sujeto y su entorno. En el proceso de estrés laboral se enmarcan varios componentes: primero el trabajador debe percibir los estresores en su trabajo, los valora cognitivamente y decide si estos afectan su bienestar. El resultado de los procesos de valoración es la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento para manejar las condiciones del entorno o las emociones que se derivan de la percepción de amenaza. La eficacia de las estrategias de afrontamientos determina que se mantengan o desaparezcan los efectos del proceso de estrés²¹. Este análisis ha llevado a considerar que el síndrome es una respuesta insertada en el proceso de estrés laboral^{31,73,127}, aunque existen autores que lo consideran como una consecuencia^{128,129}. Muchos argumentan que el SDP y el estrés no son sinónimos y lo fundamentan en que existe un estrés positivo (eutrés) y un estrés negativo (distrés): el SDP siempre tendrá un cariz negativo para el sujeto afectado y para la institución donde trabaje^{25,73}.

La primera definición fue elaborada por Freudenberguer en 1974, como “fallar, agotarse, o llegar a desgastarse” debido a un exceso de fuerza, demandas excesivas de energía o de recursos². Desde los años ochenta proliferaron las definiciones, la más aceptada fue la propuesta por Maslach y Jackson, elaborada al concluir los estudios que dieron lugar al Inventario de Burnout de Maslach (MBI)^{8,130} y a que internacionalmente se aceptara la estructura tridimensional del síndrome, que puede desarrollarse en personas que trabajan con otras en cualquier tipo de servicio asistencial¹³⁰. Esta definición, y la divulgación del MBI, propiciaron que se desarrollaran un gran número de investigaciones en todo el mundo. Las principales definiciones propuestas se resumen a continuación:

- Síndrome de agotamiento físico y emocional que implica el desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo, pobre auto-concepto, y pérdida del interés por los clientes o usuarios que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios¹³¹.
- Síndrome de agotamiento emocional y de cinismo que ocurre con frecuencia en quienes trabajan con personas, y que dedican mucho tiempo a las relaciones de carácter confidencial con esas personas bajo condiciones crónicas de estrés y de tensión¹³².
- Pérdida progresiva del idealismo, de la energía y del deseo de alcanzar objetivos que aparece en los profesionales de ayuda como resultado de sus condiciones de trabajo¹³³.
- Estado de agotamiento mental, emocional y físico causado por el estrés emocional crónico resultado de la implicación excesiva con la gente durante largo tiempo¹³⁴.
- Síndrome de progresivo agotamiento físico, actitudinal y emocional¹³⁵.
- Tipo particular de estrés organizacional crónico y cotidiano que aparece con frecuencia en trabajadores de servicios asistenciales: médicos, enfermeras, profesores, terapeutas, psicólogos, policías, etc. Se le identifica corrientemente con un estrés laboral asistencial (ELA) en condiciones de un trabajo no recompensado que exige gran devoción¹¹⁰.
- Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que se desarrolla en personas que trabajan con otras personas¹³⁰.

Esta última definición ha sido generalmente aceptada por la comunidad científica internacional, aunque coincidimos con los autores que la critican por considerarla limitada, ya que deberían ser incluidas otros factores para caracterizar integralmente este síndrome, como los sentimientos de culpa y de baja eficacia profesional o las actitudes y conductas de cinismo. Paralelamente, otros investigadores prosiguieron la búsqueda de nuevos enfoques y lo diferenciaron de otros fenómenos más o menos

afines: depresión⁴⁶, alienación¹³⁶, tedio¹³⁷, ansiedad¹³⁸, insatisfacción laboral¹³⁹, fatiga⁴⁸ y estrés¹⁴⁰. Se ha diferenciado del acoso psicológico o “mobbing”, que se aplica a sujetos que se encuentran sometidos a presión psicológica por uno o varios miembros de su grupo de pertenencia; ejerciéndose algún tipo de violencia; aunque se reconoce su influencia en el desarrollo de este síndrome al afectar las relaciones humanas en el trabajo¹⁴¹. Como se puede observar, el SDP tiene identidad propia, aún cuando se haya confundido con fenómenos similares.

Como resultado del análisis de todas las definiciones anteriores se ha establecido consenso en considerar el SDP como una “respuesta al estrés laboral crónico cuando el sujeto carece de estrategias funcionales de afrontamientos habituales; se comporta como una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias. Se trata de una experiencia subjetiva interna, que agrupa sentimientos y actitudes negativas al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y la institución”^{31,38,43,44,142}.

Existe consenso en que las dimensiones que lo conforman, son las descritas por el MBI: el *agotamiento emocional (AE)*, que se refiere a una reducción de los recursos emocionales y al sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás, acompañado de manifestaciones somáticas y psicológicas, como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad; la *despersonalización (DP)*, que se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los clientes o receptores de servicios, así como también hacia los colegas, que conduce con mucha frecuencia a la idea de que éstos son la verdadera fuente de los problemas, se asocia con una actitud un tanto cínica e impersonal, con el aislamiento de los demás, con el etiquetamiento despectivo para calificar a los otros, y con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio en el cumplimiento de los compromisos laborales y, por último, la *falta de realización personal (FRP)*, que se refiere a la percepción de que las posibilidades

de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima^{1,21,23,52,79,130,142,143}.

Otro aspecto importante es la perspectiva de su desarrollo. Freudenberguer lo encuadra dentro de una perspectiva clínica, interpretada como un “estado”; resultado de “gastarse” el trabajador por la persistencia en lograr expectativas inalcanzables². Fischer, Pines y Aronson comparten esta perspectiva, pero consideran al SDP resultante de un trauma narcisista que conlleva a una disminución de la autoestima^{48,144}. La otra perspectiva es la psicosocial, que lo considera como un “proceso” que se desarrolla debido a la interacción entre las características del entorno laboral y las características personales en interacción con variables psicosociales, de manera que ha sido posible integrarlo en marcos teóricos más amplios como son: el estrés laboral¹⁴⁵, las teorías sociocognitivas del yo^{4,146}, las teorías del intercambio social¹⁴⁷, los modelos psicoanalíticos¹⁴⁴, etc.

1.2- El Síndrome de Desgaste Profesional en profesiones asistenciales

El SDP se constituye en un importante problema para las profesiones asistenciales, los trabajadores pueden enfermar y las instituciones/organizaciones pueden desajustarse funcionalmente¹⁴⁸. Una organización (institución) es una estructura funcional compleja que incluye formaciones cooperativas, centros de salud, universidades, etc. Las organizaciones son fenómenos sociales o grupales; esto hace que al valorar los riesgos laborales se tengan presentes los psicosociales, como es el caso de los generados en las relaciones interpersonales. De acuerdo con esta aproximación, Katz y Kahn han caracterizado las organizaciones asistenciales como sistemas sociales que se integran mediante actividades diseñadas para un número de personas, estas se caracterizan por ser complementarias o interdependientes de algún producto o resultado común, son estables y recurrentes, y se repiten a

intervalos predecibles¹⁴⁹. Aquí se enmarcan los hospitales, donde los profesionales cumplen tareas con estas características (interdependientes, complementarias, estables y recurrentes)⁹⁰. Los roles son formas prescritas y estandarizadas de conductas que se socializan en una organización sanitaria durante los procesos de interacción.

Factores de riesgo laborales presentes en estas organizaciones y profesiones son el déficit de recursos humanos, que supone sobrecarga laboral, trabajos en turnos rotativos, relaciones con usuarios problemáticos al cumplirse roles límites (tienen la característica de enfrentamiento directo y continuo con los usuarios), muchas veces en situaciones de alta demanda emocional, como es el caso de los enfermos con diagnóstico de cáncer^{25,90,94}, o en el caso del sector de la enseñanza, estudiantes demandantes por tener en juego su graduación o desarrollo profesional futuro y/o con problemas de autoeficacia^{24,150}. En estas profesiones es frecuente la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol, entre otros factores^{25,108,151-153}.

En el caso de sector salud, cuando la relación con el paciente se deteriora, es frecuente “culpabilizar” a los enfermos, se les cataloga de “pacientes majaderos” o de “familiares impertinentes” y se genera cierto grado de hostilidad y resentimiento hacia ellos. Molesta incluso que “pregunten demasiado”. A la larga, estos profesionales pueden acabar reduciendo su eficacia percibida, cuestionando su propia capacidad laboral e incluso personal, culpándose a sí mismos del fracaso con sus pacientes^{75,154,155}. La comunicación con los usuarios de servicios lleva consigo una fuerte carga emocional, cuánto más tiempo se le dedica, mayor es el riesgo de agotamiento emocional^{103,130}. Tiene también importancia la naturaleza de la tarea; ciertas enfermedades (quemados, cáncer, SIDA) son consideradas estresantes para el profesional, tanto por los síntomas, como por la gravedad del pronóstico^{30,31,155}. En estudios realizados en médicos y enfermeras que trabajaban con enfermos de SIDA y otros que trabajaban en

Oncología, estos últimos presentaban mayores niveles de ansiedad y estrés relacionados fundamentalmente con problemas en la comunicación con los pacientes^{70,156,157}.

1.3- Modelos procesuales y explicativos: factores desencadenantes y moduladores

Desde que aparecieron los primeros trabajos sobre el SDP han sido muchos los modelos que intentan explicar el proceso como respuesta al estrés laboral. Spaniol y Caputo defienden el postulado de que la intensidad creciente de los síntomas indica el desarrollo del SDP; ellos diferencian tres grados: el primero caracterizado por preocupación excesiva, irritabilidad y frustración; el segundo comprende fluctuaciones de humor, agotamiento, cinismo y dudas sobre la propia eficacia en el trabajo y el tercero por presentar síntomas intensos, de carácter conductual: abandono del trabajo y/o del contacto interpersonal con aislamiento, de carácter físico: problemas digestivos, dolores de cabeza, etc., y psicológico: baja autoestima, deseos de cambiar de puesto de trabajo, desmotivación, etc. La principal crítica a este modelo es que está centrado en los síntomas y no incorpora los factores del contexto social e interpersonal donde se desarrollan¹⁵⁸.

Según Maslach, el proceso se inicia con la aparición de agotamiento emocional, posteriormente aparece la despersonalización y, por último, la baja realización personal en el trabajo⁸. Esta secuencia ha sido investigada por Gil-Monte en enfermeras, usando el MBI sin obtener apoyo empírico concluyente¹⁹. Diferentes autores han propuesto otras formas de relación antecedentes-consecuencias entre esas dimensiones, según el MBI, y, por tanto, modelos alternativos secuenciales para explicar este proceso, los cuales han obtenido mejores resultados empíricos en muestras de enfermeras y de trabajadores sociales^{159,160,161}. Edelwich y Brodsky lo explican como un proceso de desilusión hacia la actividad laboral¹³³. Para Price y Murphy, es un proceso de adaptación a situaciones de estrés laboral,

donde los sentimientos de culpa son claves, que puede explicarse de manera similar al duelo, que implica pérdidas a nivel personal, interpersonal y al nivel social e institucional¹⁶².

Golembiewski, Munzenrider y Carter¹⁶³ parten del modelo trifásico de Maslach, pero afirman que el proceso inicia con la despersonalización y termina con el agotamiento emocional; ellos critican el modelo de Maslach al no contribuir por igual a las tres dimensiones del síndrome. El modelo de Gold¹⁶⁴ asegura que no es posible determinar con exactitud el origen, ni la secuencia, ni los correlatos en el desarrollo del síndrome, pero proponen tres fases: en la primera se produce un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos materiales y humanos, provocando el estrés laboral; la sobrecarga de estas demandas lleva a una segunda fase con sobreesfuerzo como respuesta emocional que conduce a la pérdida de control y eficacia, ansiedad, y otras variables psicológicas que generan agotamiento emocional, y en la tercera fase aparece el afrontamiento defensivo o despersonalización. Así, el SDP no se produce hasta la tercera fase, a consecuencia de una situación laboral intolerable.

El modelo de Leiter y Maslach^{47,50} surge como alternativo al de Golembiewski y cols¹⁶³; proponen que el desarrollo del síndrome es consecuencia de estresores laborales y demandas crónicas que provocan el desarrollo de sentimientos de agotamiento emocional que derivan en despersonalización y como consecuencia el sujeto pierde el compromiso en el trabajo; ellos sostienen que el agotamiento emocional es el síntoma esencial, en tanto que la despersonalización sólo es un intento por compensarlo, siendo una variable mediadora entre el agotamiento y la baja realización personal^{50,51}. Leiter reformula este modelo y plantea que la baja realización personal es causa directa de los estresores laborales, especialmente de la falta de apoyo social y la carencia de oportunidades para el desarrollo profesional⁴³, surgen sentimientos de agotamiento emocional como efecto de los estresores laborales, pero no hace alusión a las demás dimensiones.

Farber propone otro modelo donde cada estadio desencadena el siguiente, desde el entusiasmo y la dedicación, la frustración y la ira (como respuesta a estresores que coartan el entusiasmo), hasta llegar al abandono del compromiso en el trabajo, el agotamiento y el descuido, que lleva al estadio final¹⁶⁵. En realidad, los modelos que parten de la estructura trifásica del MBI son los más aceptados; las diferencias dependen de qué síntoma o dimensión es la primera respuesta al estrés laboral, y de cómo explican todo el proceso.

Por otra parte, la necesidad de explicar las causas y poner de manifiesto sus consecuencias negativas, junto con la utilidad de integrarlo en marcos teóricos más amplios, originaron la aparición de diversos modelos explicativos¹⁴². Los elaborados desde la teoría socio-cognitiva del yo recogen las ideas de Bandura¹⁶⁶. Destacan el papel predominante de las variables cognitivas como elementos fundamentales en la percepción de la propia capacidad del sujeto. De esta manera, las percepciones y las creencias del sujeto, el pensamiento auto-referente o auto-eficacia percibida y el auto-concepto, son variables determinantes¹⁴². Desde esta teoría los tres modelos principales son: el modelo de competencia social de Harrison⁴, el modelo de Cherniss¹⁴⁶ y el modelo de Thompson¹⁶⁷.

Para Harrison el principal factor asociado es la competencia percibida de los trabajadores⁴, ya que los profesionales de servicios de ayuda siempre comienzan a trabajar con una alta motivación por ayudar a los demás y tienen sentimientos elevados de altruismo. Mientras que Cherniss¹⁴⁶, siguiendo las ideas de Hall, argumenta que la motivación y la satisfacción laboral aumentan cuando la persona experimenta sentimientos subjetivos de éxito en la realización de una tarea, aunque objetivamente la tarea no esté bien realizada, Cherniss incorpora la noción de “auto-eficacia percibida” de Bandura, entendida como las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades para ejercer un control sobre las situaciones que les afectan¹⁴⁶. El modelo desde el enfoque teórico de Thompson¹⁶⁷ se basa en el

modelo de autocontrol del estrés desarrollado por Carver; considera que las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto, el nivel de auto-conciencia, sus expectativas de éxito, y sus sentimientos de auto-confianza, juegan un papel fundamental.

La teoría del intercambio social propone que la etiología del SDP reside en la percepción de falta de equidad que desarrollan los profesionales como resultado del proceso de comparación social, de forma tal, que si los trabajadores perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y esfuerzo, desarrollan desgaste psíquico. Desde esta teoría se han elaborado varios modelos. El modelo de Blase¹⁶⁸, denominado “motivación-realización” considera que el SDP es resultado de la exposición prolongada a tensiones laborales que resultan de la falta de ajuste de las estrategias de afrontamiento y de la ausencia de recompensas adecuadas en relación a las exigencias de su trabajo. El modelo de la “comparación social” de Buunk y Schaufeli¹⁴⁷ sugiere que en los procesos de intercambio social con los pacientes, en el contexto laboral de los profesionales de Enfermería se pueden identificar tres estresores relevantes: la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control. El modelo de “conservación de recursos” de Hobfoll y Freedy⁶, propone que el estrés surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva está amenazado o frustrado, subraya la importancia de las relaciones interpersonales entre supervisores, compañeros y usuarios.

Los modelos desde la Psicología Organizacional ponen su énfasis en los factores de riesgo del contexto socio-laboral y las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia del síndrome. En ellos las variables de estructura y clima organizacional, así como las disfunciones de rol y el apoyo social juegan un papel relevante en su etiología; junto a estas variables, el desarrollo de estrategias de afrontamiento eficaces para manejar los estresores y la respuesta negativa que eliciten determinarán la

aparición y el desarrollo del SDP³¹. Los principales modelos son los de Golembiewski y cols¹⁶³, los de Cox¹⁴⁵ y los de Winnubst¹⁶⁹.

Golembiewski y cols¹⁶³, consideran que es una respuesta al estrés laboral, y que en el proceso los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con el trabajo porque les genera estrés y tensión. Para estos autores los principales estresores son la sobrecarga laboral y la pobreza de rol, ellos consideran que puede desarrollarse en todo tipo de profesionales; la mayor cantidad de sus trabajos la han desarrollado en directivos, vendedores o profesionales que no trabajan en servicios. Cox y cols¹⁴⁵, lo consideran un episodio particular dentro del proceso de estrés laboral, específicamente en los profesionales de servicios humanos, determinado por el ajuste, la coherencia e integración del sistema psicosocial de la organización. El tercer modelo, el de Winnubst¹⁶⁹, considera que las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura, el clima organizacional y el apoyo social en el trabajo son factores antecedentes.

Uno de los modelos más aceptados es el elaborado por Cherniss¹, que propone que el SDP surge cuando los individuos se enfrentan a altos niveles de estrés laboral durante un tiempo prolongado, interactuando con las características del trabajo (sobrecarga, autonomía, supervisión, estimulación, etc.) y con las características del individuo (orientación profesional, factores extralaborales como apoyo social y necesidades ajenas al trabajo), todo lo cual ocasiona dudas sobre la competencia, problemas con los usuarios y como consecuencia, irritabilidad y fatiga. Al “desconectarse” el individuo del trabajo desarrolla actitudes y conductas de cinismo, apatía y rigidez. La baja implicación laboral, la baja responsabilidad por los resultados, la pérdida del idealismo/realismo, el distanciamiento emocional y el aumento de interés en sí mismo, van caracterizando el proceso, que se desarrollaría en tres etapas: a) percepción del estrés, b) esa percepción lleva a ansiedad y fatiga física y emocional, y, c) desarrollo de

cambios conductuales y actitudinales negativos que incluyen cinismo, retiro mental de la situación y distanciamiento emocional.

Otro modelo que incorpora variables organizacionales en el campo de la educación es el de Schwab, Jackson y Schuler¹⁷⁰, que integra variables como disfunciones de rol, características del puesto laboral y apoyo social, junto con algunas variables sociodemográficas (sexo, edad). También se han elaborado modelos multicausales entre las dimensiones del síndrome, los antecedentes, las consecuencias. Entre estos estudios se distingue el de Schaufeli y Van Dierendock¹⁷¹, que contrastaron puntuaciones de sujetos con manifestaciones clínicas intensas que permitían concluir que tenían el síndrome y de sujetos que, aún presentando síntomas, no estaban “clínicamente mal”. Paralelamente otros investigadores han contribuido al esclarecimiento de modelos procesuales y explicativos, focalizando sus causas y decursar y elaborando nuevos instrumentos de medición¹⁷²⁻¹⁷⁵.

Dentro de las contribuciones españolas cabe destacar los aportes de Gil-Monte¹⁵⁹ a un modelo que incorpora la teoría de las actitudes de Eagly y Chaiken¹⁷⁶. El valor de esta propuesta es que integra el papel de las cogniciones y las emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales. En otros trabajos Gil-Monte afirma que el SDP tiene su principal origen en las relaciones interpersonales que se establecen en el entorno laboral, preferentemente con los usuarios de la organización (pacientes y familiares)¹⁹. En los primeros años del siglo XXI el debate acerca de los modelos explicativos mantiene sus puertas abiertas. Lo cierto es que todos los modelos explican sólo en parte el proceso y su decursar: En la actualidad los últimos trabajos se han centrado más en propuestas de programas de prevención que en la elaboración de nuevos modelos¹⁷⁷.

Muchos autores han tratado de identificar los factores de riesgo laborales considerados antecedentes (desencadenantes, facilitadores y moduladores), organizándolos como: a) Antecedentes del entorno social de la organización, b) Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto, c) Desempeño de rol, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera, d) Nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales, y e) Fuentes extra-organizacionales de estrés laboral^{19,23,31,73,79}.

El entorno social de la organización explica la teoría que los aspectos sociales del comportamiento de los trabajadores, las interacciones entre los individuos, entre los grupos, y entre estos y las estructuras formales, juegan un papel importante debido a que las organizaciones son formaciones sociales¹⁹. Existen dos grandes grupos dentro de los estresores del entorno social. El primero está relacionado con el incremento de la esperanza de vida y, por ende, con mayor ocurrencia de enfermedades con alta morbimortalidad, que generan saturación de los servicios de salud y contactos interpersonales más prolongados¹⁷⁸. El segundo se refiere a los cambios por pérdida del liderazgo, el prestigio social de la profesión y el deterioro de la comunicación^{177,179}.

En el ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto se agrupan un conjunto de estresores: el nivel y la intensidad del ruido, las características de la iluminación, la temperatura, la disponibilidad de espacio físico y la toxicidad de los elementos a manipular, entre otros. Topf y Dillon demostraron en enfermeras, que el ruido procedente del teléfono, de visitas a pacientes y de los aparatos de monitorización, junto con la sensibilidad del sujeto al nivel de ruido, aumentan significativamente los sentimientos de agotamiento emocional¹⁸⁰. En Enfermería Oncológica la manipulación y/o cercanía de productos y sustancias como el yodo radioactivo, las drogas citotóxicas, fuentes de radioterapia y los fluidos corporales durante las aspiraciones de secreciones y curaciones de tumoraciones han sido considerados factores importantes²⁵.

El trabajo por turnos rotativos, nocturnos y la sobrecarga laboral percibida se han relacionado con sentimientos de agotamiento emocional y baja realización personal en el trabajo⁴². Se considera que alrededor del veinte por ciento de la población económicamente activa trabaja en turnos nocturnos o rotatorios con las afectaciones que esto produce. Las alteraciones en el ciclo sueño-vigilia a consecuencia de estos turnos producen tensión emocional, irritabilidad y depresión¹⁸¹. A estos problemas se añaden los derivados de la restricción en la interacción social: se disminuye la posibilidad de estar con la familia y los amigos y de realizar actividades culturales y recreativas. Este aislamiento social resulta tan serio como los trastornos psicofisiológicos¹⁸².

La falta de oportunidad para emplear las habilidades, la monotonía en la tarea y la falta de retroinformación, han sido considerados estresores antecedentes³⁹. Schwab, Jackson y Schuler, demostraron que la baja participación en la toma de decisiones explicaba un 14 % de la varianza en las actitudes de despersonalización en maestros¹⁷⁰. Otros estudios confirman que la complejidad de la tarea, la falta de retroinformación y el horario de trabajo disminuyen la realización personal en el trabajo¹⁸³.

Respecto al estrés de rol se ha concluido que es un fuerte predictor del SDP^{21,184,185}. La ambigüedad es un predictor intenso del componente cognitivo-actitudinal (baja realización personal) y el conflicto es un predictor fuerte del componente emocional¹⁵⁹. El conflicto de rol también puede producirse cuando el desempeño laboral resulta incompatible con el familiar²⁵. Los conflictos interpersonales pueden producir una auto-evaluación negativa y sentimientos de fracaso profesional, así como importantes niveles de agotamiento emocional¹⁸⁶. Otro fenómeno psicosocial recientemente vinculado al desarrollo del SDP por su relación con los conflictos interpersonales es el acoso psicológico¹⁴¹.

El apoyo social se ha considerado una variable moduladora del agotamiento emocional y de la despersonalización^{79,187,188}. Etzion afirma que la falta de apoyo social facilita los efectos del estrés laboral sobre el SDP en hombres de una muestra de directivos israelíes¹⁸⁹. La relación entre la falta de apoyo social y el síndrome se explica a través de mecanismos directos, al actuar sobre los niveles, y de mecanismos indirectos, al actuar sobre los estresores o sobre los síntomas. Los efectos moduladores se explican al no disminuir los niveles ni afectar directamente a los estresores, pero sí lograr que su valoración sea menos negativa¹⁹⁰; estos efectos se enmarcan dentro de la función del apoyo emocional en el trabajo¹⁹¹. Un aspecto cardinal entre los antecedentes está relacionado con la persuasión social y las presiones del grupo, éstas pueden influir en el cambio de actitudes y debilitar las creencias de eficacia de los individuos¹⁹².

Las nuevas tecnologías suponen una fuente adicional de estrés. Casi siempre son causas de sobrecarga laboral cualitativa. Los cambios bruscos o la rapidez de los mismos producen alta tensión emocional. Desde el punto de vista cuantitativo, los cambios tecnológicos producen mayor sobrecarga y menor control hacia los resultados del trabajo¹⁹³. Peiró afirma que los trabajos con alto componente tecnológico disminuyen las relaciones interpersonales entre clientes y profesionales y pueden incrementar las actitudes de despersonalización²¹.

Los estresores en el ámbito familiar son múltiples, su relación con el desarrollo y decursar del síndrome se fundamentan en que agravan la presencia de estresores laborales ya existentes. Los estresores crónicos en la vida familiar suponen sobrecarga de rol. Al analizar el conflicto trabajo-familia puede observarse que, a veces, el desempeño de un rol laboral influye negativamente en el entorno familiar: el excesivo compromiso con el trabajo puede suponer largas jornadas o viajes de trabajo, tareas para la casa, cambios frecuentes de residencia, etc¹⁹⁴.

Se conoce que los entornos socio-laborales desfavorables unidos a determinadas cualidades y características personales de los trabajadores desencadenan el desarrollo del SDP.

Las variables personales pueden ser de carácter sociodemográfico, de personalidad y determinadas estrategias de afrontamiento, que además de desencadenante, se le ha atribuido función moduladora³¹. Las personas empáticas, sensibles, humanas, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivas, entusiastas y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás, son más proclives al desarrollo del SDP³⁰.

Se han encontrado correlaciones positivas significativas entre escalas de depresión, introversión y psicoticismo (Minnesota/MMP) y una medida del síndrome (Tedium Measure/TM) en 440 médicos residentes^{21,195}. Otros reportes afirman que los médicos con personalidad antisocial, agresiva, esquizoide y con problemas de ansiedad, tenían más altos el agotamiento emocional (AE) y la falta de realización personal (FRP) en el MBI^{21,196}. Por otra parte, se ha constatado que ansiedad rasgo y la adicción al trabajo, entre otras variables correlacionan con el agotamiento y la despersonalización¹⁹⁷.

Entre las estructuras más complejas o patrones funcionales de la personalidad que han sido investigadas en relación con el síndrome se encuentran el patrón o tipo A, el locus de control, los estilos atribucionales y las variables que se refieren al Sí mismo (autoconfianza, autoestima, autoeficacia). La autoeficacia percibida es un predictor significativo, por su influencia sobre la realización personal: los individuos que tienen mayor auto-eficacia percibida puntúan generalmente más alto en la escala de “realización personal”¹⁹⁸, y con menor frecuencia en “agotamiento emocional”¹⁹⁹, “despersonalización”¹⁹⁸ o “cinismo”²⁰⁰. La autoconfianza es otra variable personal vinculada a las creencias sobre la capacidad

para realizar la tarea, se han obtenido resultados significativos como variable antecedente o moduladora en el desarrollo del síndrome¹⁵⁹.

El denominado “tipo A de personalidad” se ha asociado con mayor vulnerabilidad a enfermedades cardiovasculares, aunque se debe aclarar que esta asociación también ha sido frecuentemente cuestionada, en la actualidad se destacan las emociones de ira y hostilidad, como los componentes que más propenden a la enfermedad^{21,125}. Algunos resultados no concluyentes apuntan a que este patrón diferenciaba a sujetos con altos y bajos niveles de desgaste, según el MBI²⁰¹. La influencia del locus de control y las creencias atribucionales pueden explicarse porque los sujetos con locus “interno” perciben más control de las situaciones y sus estrategias de afrontamiento son más amplias^{14,21,36,105}. En relación con el constructo estilos de atribución, Haack encontró que las enfermeras que atribuían la causa de su estrés a sus características personales, experimentaban significativamente más realización personal en el trabajo; cuando se ubicaba solamente en el entorno o se atribuía a sus pacientes se experimentaba mayor agotamiento emocional y más despersonalización²⁰².

Otras variables personales importantes son la autoestima y el optimismo^{21,203,204}. Se ha demostrado que el modo en que la persona desarrolla actitudes positivas hacia sí misma se relaciona con mayor autoeficacia y con menor desgaste. La baja autoestima presenta alta correlación con el agotamiento emocional y menor con la realización personal^{21,26,37}. Los sujetos optimistas tienden a interpretar las situaciones amenazantes en forma más positiva, usan afrontamientos más eficaces y desarrollan menor ansiedad^{204,205}.

El constructo “Personalidad Resistente” (PR) se ha propuesto como un modulador del SDP^{26,203}. Planteado inicialmente por S. Kobasa y S. Maddi²⁰⁶, conceptualiza al individuo como alguien que de

forma continua y dinámica va construyendo su personalidad a través de sus acciones. La PR constituye un conjunto de características de personalidad que actúa como fuente de resistencia ante los acontecimientos estresantes^{203,206}. El compromiso se refiere a la capacidad para creer en la verdad, importancia e interés del valor de lo que uno es y está haciendo, y por tanto, la tendencia a implicarse en las diferentes situaciones de la vida (trabajo, familia, relaciones interpersonales, instituciones sociales). El control se refiere a la tendencia a creer que uno mismo influye en los eventos y resultados de sus acciones, enfatizando su propia responsabilidad en detrimento de las acciones de otros, del azar o del destino. El reto o desafío se basa en la creencia de que el cambio, más que la estabilidad, es la norma de la vida. Los sujetos con desafío perciben los cambios como oportunidad para desarrollarse^{203,206}.

Varios estudios realizados desde los años setenta, demostraron que la PR estaba asociada a una mejor salud. Se ha señalado que modula la relación entre el estrés laboral y sus resultados^{125,203,206}. Topf estudió en 100 enfermeras las relaciones entre PR y el SDP: obtuvo correlaciones significativas del índice global de PR con el síndrome estimado a través del instrumento conocido como SBS-HP y la escala de realización personal del MBI, la dimensión “compromiso” presentó relaciones significativas con la escala de realización personal y con la dimensión agotamiento emocional del MBI²⁰⁷. Otros estudios encontraron que las tres dimensiones de la PR explican de manera conjunta el 33 % de la varianza en el total del síndrome²⁰⁸. Resultados similares fueron encontrados en enfermeras fundamentalmente en la dimensión “compromiso”²⁰⁹.

Otro de los constructos de carácter salutogénico muy estudiado es el “Sentido de Coherencia” (SC), desarrollado por Antonovsky²¹⁰, quien lo definió como una orientación global que expresa hasta qué punto se tiene la amplia, resistente y dinámica sensación de confianza en que los estímulos

provenientes del entorno (interno/externo) en el curso de la vida son estructurados, predecibles y manejables (comprensibilidad); los recursos están disponibles para afrontar las demandas que exigen esos estímulos (manejabilidad) y estas demandas son desafíos que merecen una inversión y un compromiso (significatividad).

Recientemente se ha propuesto un modelo causal entre SC y afrontamiento/enfermedad, en este modelo se explica que a mayor sentido de coherencia mayores probabilidades de establecer afrontamientos activos centrados en el problema y menor probabilidad de situaciones de evitación²¹¹. Trabajos como el de Peñacoba y Moreno han confirmado la posible acción moderadora del SC sobre una menor sintomatología, tanto física como psicológica, ellos encontraron similares resultados con la PR y la autoestima, aunque estos últimos en menor escala que con el SC^{203,212}. En general, las características de personalidad con orientación “salutogénica” podrían actuar como eutresores internos y tendrían la capacidad de amortiguar el impacto de las situaciones estresantes y potenciar el bienestar y la salud del individuo^{203,212,213}.

A las variables socio demográficas se les atribuye relativa importancia en el desarrollo del SDP⁶⁴. La edad, el sexo, el estado civil, el número de hijos, el grado académico, etc., han explicado algunos resultados aunque no de forma concluyente. La revisión de la literatura apunta a obtener diferencias significativas en función del sexo en los niveles de despersonalización, con puntuaciones más altas en los hombres⁶⁴. Sin embargo, para los niveles de agotamiento emocional y reducida realización personal, y para el índice global del SDP estimado a través de diferentes instrumentos, los resultados no son concluyentes^{64,160,214}. La frecuencia de los síntomas del síndrome se ha asociado con el incremento de la edad, pero a partir de un determinado momento comienzan a disminuir^{215,216}. Generalmente los profesionales de 30 a 50 años presentan niveles de afectación más elevados²¹⁶. Con respecto al estado

civil los trabajos apuntan a que los casados experimentan menos SDP, aunque lo que parece más bien influir es el apoyo sociofamiliar recibido por el cónyuge, y la satisfacción/insatisfacción matrimonial⁴³. En general, el estudio de las variables sociodemográficas explica sólo un porcentaje mínimo de la varianza del síndrome: entre 5 y 15 %^{21,31}.

Particular importancia se le ha concedido a las estrategias de afrontamientos desplegadas por los sujetos ante el estrés percibido, las cuales pueden actuar como facilitadores o inhibidores del síndrome, por ser un aspecto importante en el funcionamiento no adaptativo^{39,125,134,155}. De ahí que la modificación de los afrontamientos sea comúnmente empleada dentro de las estrategias de intervención; de hecho, muchos de los programas dirigidos al control de este fenómeno se han centrado en desarrollar variadas estrategias de afrontamiento, modificar los existentes o incentivar la utilización de nuevas y más eficaces estrategias ante los estresores^{39,134,155}. El proceso de afrontamiento tiene aplicaciones distintas, en la eficacia ante la situación-problema y en la regulación directa de la emoción. Muchas de las estrategias cognitivas de afrontamiento alteran la valoración inicial y cambian también la emoción experimentada^{30,125,155,216,217}.

1.4- Consecuencias del Síndrome de Desgaste Profesional

El SDP puede producir dos grupos de consecuencias negativas: para el individuo (salud, relaciones fuera del trabajo) y para la institución (insatisfacción laboral, propensión al abandono y al ausentismo, deterioro de la calidad del servicio, etc.)^{14,15,16,21}. Las asociaciones entre el síndrome y falta de salud no han sido significativas cuando esta última se estima a partir de la frecuencia de consulta médica²⁶, esto apunta al potencial aumento de su nocividad, al dilatarse el tiempo de decisión en la búsqueda de ayuda por molestias y síntomas que no son atribuidos a un cuadro clínico que amerite atención. Como

este fenómeno está asociado a actitudes y conductas negativas y produce agotamiento emocional, se van deteriorando las relaciones y aumentando los conflictos en el marco extralaboral. Los sujetos afectados tienen problemas familiares, en el hogar están impacientes e irritables y sus familiares se ven obligados a manejarlos, los conflictos pueden llevar a enfrentamientos matrimoniales y a la separación¹³⁶.

Al considerar las consecuencias para la organización, hay que tener en cuenta que van más allá de la institución, afectando a toda la sociedad; además, como se ha dicho, el SDP puede “contagiarse” durante los procesos de socialización laboral^{125,133}, lo que es muy perjudicial en la incorporación de nuevos profesionales al servicio. La satisfacción laboral disminuida es una de las consecuencias del estrés laboral y también una variable importante en el desarrollo y decursar del síndrome^{196,218}

Se ha encontrado relación positiva entre el SDP y la propensión al abandono^{21,170}. Su importancia se explica en que genera costos, pérdida de la eficacia y eficiencia de la institución y repercute negativamente en la implementación de políticas, etc. Por otra parte, el incremento del ausentismo favorece el deterioro de la calidad del servicio, el aumento en gastos económicos de contratación y formación de nuevo personal y la redistribución del trabajo con la consiguiente sobrecarga laboral para otros trabajadores²¹⁹.

El deterioro de la calidad del servicio es la repercusión más grave y se deriva de la despersonalización: se van desarrollando actitudes de desinterés hacia los usuarios, casi deshumanizadas. A veces los profesionales evitan tareas y se desentienden del trabajo, empleando menos tiempo o “desconectándose” psicológicamente de los usuarios, cometen errores y obtienen más recriminaciones de los jefes. Al parecer, este deterioro ocurre por pérdida progresiva de compromiso, por lo que se ha

empleado esta variable (nivel de compromiso organizacional) como mediador en el desarrollo del desgaste⁴³. Otras consecuencias reportadas son: aumento de conflictos interpersonales con jefes y compañeros, aumento de la rotación laboral e incremento de accidentes del trabajo^{21,125}. El análisis de las repercusiones para el individuo y para la institución explica adecuadamente por qué la presencia del síndrome en una organización de salud puede ser muy negativo^{219,220}.

1.5- Métodos de evaluación. Principales instrumentos usados

El diagnóstico y la evaluación del SDP tienen gran importancia para decidir cuándo, dónde y sobre quién se debe intervenir, así como para discriminar entre niveles de afectación, prevalencia puntual e incidencia de nuevos casos. Indudablemente, la mayor importancia está dada por la necesidad de identificar variables que están actuando como antecedentes, como facilitadoras y moduladores de su desarrollo, a fin de propiciar el diseño de una intervención. Se hace necesario utilizar métodos cualitativos y cuantitativos de diagnóstico.

Los primeros estudios describieron este fenómeno a partir de la observación clínica; luego, fue evaluado con entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas, escalas autoclasificadoras y cuestionarios. En la década de los ochenta aparecieron diversas medidas, que se hicieron luego ampliamente usadas y conocidas: el Burnout Measure (BM) y el Maslach Burnout Inventory (MBI)^{130,142,191}. También apareció en esa época el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)²²¹. Más tarde apareció el Psychological Burnout Inventory (PBI)^{69,222,223}. Sin duda, gran parte de la historia de investigación sobre el SDP ha sido la de su evaluación, la cual ha ayudado a esclarecerlo²⁸.

El BM, inicialmente formulado como Tedium Measure, evaluaba el SDP como tedio y luego de reconceptualizado lo evalúa en tres dimensiones: agotamiento físico, emocional y mental, consta de 21 items; ha mostrado buena consistencia interna, alta fiabilidad test-retest y validez convergente con el MBI^{49,224}. Se le señalan dos críticas fundamentales: 1) sólo evalúa sentimientos de agotamiento emocional, descuidando variables actitudinales, y, 2) a pesar de su base conceptual, es un instrumento unidireccional, no operacionaliza adecuadamente la definición de los autores²¹. El SBS-HP, elaborado por Jones, evalúa el SDP mediante 20 items distribuidos en cuatro dimensiones: insatisfacción, o tensión laboral, tensión psicológica e interpersonal, problemas de salud y deterioro de las relaciones profesionales con los pacientes²²¹.

Lo cierto es que el instrumento usado con mejores resultados en diversos contextos y países es el MBI, elaborado por Maslach y Jackson¹³⁰. Ha sido usado ampliamente; más del noventa por ciento de los estudios han sido llevados a cabo con este instrumento¹⁴³. Con su aparición casi se normaliza el concepto tridimensional¹⁹². Tiene 22 ítems tipo likert. Inicialmente tenía una escala de frecuencia (siete grados) y otra de intensidad (ocho grados), al obtenerse correlación intensa entre ellas y solaparse ambas escalas, se decidió retener sólo la de frecuencia²²⁵. Los tres factores ortogonales obtenidos corresponden a las dimensiones del SDP. Desde la perspectiva diagnóstica, el constructo y cada una de sus dimensiones se consideran variables continuas y las puntuaciones se ofrecen en percentiles¹⁴³.

Las tres dimensiones del MBI proceden, precisamente, del análisis factorial de sus ítems, a partir de análisis con rotación ortogonal, oblicua y análisis factorial confirmatorio¹⁴³. La consistencia encontrada oscila en el rango de 75 a 90; la fiabilidad en test-retest, en períodos de hasta cuatro semanas, oscila en rangos de .60 y .80²²⁶. Posteriormente se desarrolló y publicó otro inventario denominado por sus autores MBI-GS (MBI-General Survey)²²⁷, con este cambio el cuestionario anterior pasó a denominarse

MBI-HSS (MBI-Human Services Survey). En esta nueva edición, se redefine el síndrome como “una crisis en la relación con el propio trabajo, sin que signifique necesariamente una crisis de las relaciones de las personas en el trabajo”²²⁷; se mantiene la subescala de agotamiento emocional, la subescala de cinismo reemplaza a la de despersonalización y la subescala de realización personal es sustituida por la de eficacia profesional.

El uso predominante del MBI ha llevado a identificarlo con el SDP^{227,228}. Sin embargo, el MBI no es un cuestionario construido a partir del concepto, sino resultado del análisis factorial, que no dice todo sobre el constructo, sino sobre los resultados del instrumento en una determinada muestra. Por ejemplo, la escala agotamiento emocional sigue siendo la escala más robusta, pero también la menos específica, existiendo clara tendencia a hablar de agotamiento en general, ya no de agotamiento emocional, físico y cognitivo¹⁴³. La dimensión despersonalización ha recibido no pocas críticas, siendo la más imprecisa y menos consistente¹⁴³, confundiéndose con la definición de uno de los trastornos disociativos enumerados en el DSM-IV²²⁹. Por otra parte, la formulación en positivo de la realización personal en un síndrome que es negativo, es confusa, e incluye dentro de ella aspectos muy variados de pérdida de productividad, de valoración profesional, de eficacia²³⁰. No obstante, el MBI-HSS ha sido validado con buenos resultados y su uso es cada vez mayor^{231,232}.

Sería imposible agotar en este epígrafe todo lo concerniente a instrumentos para la evaluación del SDP. Aún se continúa la investigación dirigida a crear nuevos instrumentos con estos fines. Entre ellos, podemos citar al Gillespie-Numeroff Burnout Inventory²³³, el Perceptual Job Burnout Inventory²³⁴; el Meier Burnout Assessment (MBA)²³⁵; el Matthews Burnout Scale for Employers (MBSE)²³⁶; el Emener-Luck Burnout Scale (ELBOS)²³⁷; la Escala de Depresión Profesional de Firth y cols⁸¹; el Work Related Strain Inventory²³⁸, y muchos otros²³⁹⁻²⁴⁴. Particular importancia han tenido para Iberoamérica los

cuestionarios elaborados en España, como la Escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB) de García y Velandrino²⁴⁵, el Cuestionario de Burnout del Profesorado Revisado (CBP-R) que ha sido traducido al portugués y ha tenido varias aplicaciones en Latinoamérica y España^{54,143,246-248}. Otro instrumento elaborado en España es el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE), que se enmarca en un modelo procesual transaccional (antecedentes, síndrome y consecuencias) y un modelo de personalidad positiva^{249,250}. De menor uso en estas regiones han sido el Inventario de Burnout de Psicólogos²⁵¹, el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo²⁵² y el Cuestionario Urgente de Burnout²⁵³.

De todos los instrumentos elaborados en España, el que más se conoce en Cuba, y quizás en Latinoamérica, es el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), con 21 items, éste incluye diferentes factores de riesgo considerados antecedentes del síndrome, además de complementar algunos aspectos relacionados con sus consecuencias. O sea, pretende dar una visión global, pero sencilla del proceso, con antecedentes, dimensiones y consecuencias; su propuesta tiene una función complementaria a la evaluación con otros instrumentos^{143,173}. Este cuestionario ha sido aplicado en diferentes investigaciones extranjeras con buenos resultados^{59,68,71,254,255}. Estudios realizados en Cuba en 287 profesionales de la salud y 822 médicos de familia de 13 provincias concluyeron con buenos resultados en cuanto a las propiedades psicométricas del CBB, al tiempo que encontraron altos índices de desgaste en estos profesionales^{92,256}.

El diagnóstico del SDP se ha centrado en estudios epidemiológicos de grupos, muestras y poblaciones más que en el diagnóstico clínico, por lo tanto sigue en pie la siguiente interrogante ¿qué tipo de trastorno o desorden supone el SDP? Algunos consideran que se puede distinguir dos supuestos clínicos: el “burnout stress síndrome” y el “burnout mental disability”, teniendo el primero carácter de

malestar laboral y el segundo una manifestación propiamente clínica¹⁴³. Schaufeli y cols²⁵⁷ han propuesto hablar de “burnout clínico” y “no clínico”, en el primer caso habría afectaciones que conducirían a trastornos clínicos concurrentes, especialmente en el campo de trastornos del ánimo. Kahill plantea que se asocia principalmente a estados afectivos negativos: irritabilidad, ansiedad, culpa, sentimiento de malestar y rabia²⁵⁸. Glass y McKnight concluyen que la depresión y el SDP son términos diferentes de una misma realidad, a pesar de que comparten una parte relevante de la covarianza²⁵⁹. Schaufeli y cols, concluyen que no puede ser considerado sin más como una forma de trastorno emocional o de ansiedad, sino que tiene su propia especificidad, pareciéndose más a una forma de “neurastenia laboral”²⁵⁷. Más recientemente, Maslach y Leiter afirman que el síndrome no supone un trastorno mental, aunque pueda llevar a ellos en sus fases más agudas, extendiéndose a otros ámbitos (personal, familiar, social)²⁶⁰.

Gil-Monte ha analizado varios trastornos recogidos en el DSM-IV que pudieran incluir el SDP, pero concluye que éste presenta un cuadro clínico mucho más que incapacitante para el individuo y su actividad laboral¹⁹. Algunos autores han considerado que podría ser incluido dentro de la categoría “trastornos adaptativos”, aún cuando no cumpla con todos los requisitos para ello^{19,143,261}. Según el DSM-IV la característica fundamental de un trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor psicosocial identificable, y que estos síntomas deben aparecer después de tres meses siguientes al inicio del estresor^{11,143}. Un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del estresor o de sus efectos, aunque estos síntomas pueden persistir por un período más largo si se producen como respuesta a un estresor de carácter crónico, recurrente o continuo. Hasta el momento no existe una categoría en el DSM-IV que lo incluya adecuada y definitivamente^{11,19,143}.

1.6- Las estrategias de intervención: algunas experiencias

Los programas de intervención deben incluir acciones en tres niveles estratégicos: a) Individual: estrategias cognitivo-conductuales de afrontamiento al estrés, b) Interpersonal: formación de habilidades sociales dirigidas al mejoramiento de las relaciones interpersonales y al apoyo social entre compañeros, c) Organizacional: eliminando o disminuyendo estresores del entorno institucional²¹.

A nivel individual, se encuentran las estrategias dirigidas al control y manejo adecuado de los estresores laborales, centradas fundamentalmente en la adquisición de estilos de afrontamiento más eficaces y el mejoramiento de algunas características de personalidad. Los programas centrados en los afrontamientos se clasifican en: 1) Programas dirigidos a estrategias instrumentales, para la solución de problemas, y, 2) Programas dirigidos a estrategias de carácter paliativo, para el manejo de emociones asociadas¹²⁸. En los primeros, se ubican las técnicas de solución de problemas, asertividad, manejo eficaz del tiempo, optimización de la comunicación y las relaciones sociales, cambios en el estilo de vida, y el desarrollo de habilidades para cambiar demandas del entorno. Entre los segundos, están el entrenamiento en habilidades para expresar emociones, el manejo de sentimientos de culpa y la relajación²⁶¹. En esta área se resalta la importancia de mejorar los afrontamientos dirigidos al manejo de emociones asociadas²⁶¹, aunque los afrontamientos activos o centrados en la solución del problema, siguen considerándose los más efectivos para la prevención y control³⁹.

Stevens y Pfozt²⁶² desarrollaron un programa de tres sesiones de dos horas cada una, con profesionales de un hospital que atendían pacientes terminales, dirigido a la clarificación y solución de los problemas. Al final, los profesionales manejaban de forma más abierta problemas que tenían con sus pacientes, trataban de reducir los conflictos interpersonales y se apoyaban emocionalmente entre sí

con mayor frecuencia²⁶². Kunkler y Whittick²⁶³ también desarrollaron un programa de entrenamiento en solución de problemas de una sesión por semana durante cuatro semanas: las puntuaciones del SDP disminuyeron significativamente al final de la intervención²⁶³. Resultados similares fueron obtenidos en otros estudios con programas dirigidos a la solución de problemas²⁶⁴. Otros programas de entrenamiento en asertividad y manejo eficaz del tiempo han obtenido resultados satisfactorios, al disminuir significativamente el agotamiento emocional y los niveles de tensión²⁶⁵.

Desde la perspectiva grupal se ha demostrado la importancia de fomentar el apoyo social por compañeros y jefes. El apoyo social aumenta la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional y mejora actitudes y conductas negativas hacia otros^{21,48}. Sutherland y Cooper²⁶⁶ demostraron la efectividad de un programa dirigido a la búsqueda de apoyo ante un problema específico, incluyó cuatro puntos dirigidos a la elección de un compañero de trabajo, la solicitud del apoyo necesario, la revisión periódica de esa relación y la calidad de la relación²⁶⁶. Taerk, Moynihan y Outlaw obtuvieron éxito con programas para enfermeras en Oncología basados en el cambio de actitudes y el apoyo social^{99,100}.

Las estrategias organizacionales deben ir dirigidas a mejorar el ambiente y el clima de la institución. Las más relevantes son los programas de socialización anticipatoria, la implementación de sistemas de evaluación y retroinformación y los procesos de desarrollo organizacional. Se considera que los programas de retroinformación deben desarrollarse desde los usuarios, compañeros, jefes y subordinados (medidas evolutivas de satisfacción, observación mientras se trabaja, etc.), de modo que, además de ajustar la percepción de la ejecución propia, mitiguen situaciones de conflicto y ambigüedad de rol y permitan analizar procedimientos y normas disfuncionales²⁶⁷.

La intervención dirigida al desarrollo organizacional se lleva a cabo mediante un conjunto de actividades estructuradas, en las que los grupos se involucran en una tarea, cuyos objetivos están directa o indirectamente relacionados con la mejora institucional. Huse y Bowdith²⁶⁸ han propuesto varias estrategias organizacionales: los llamados “grupos T”, la formación de equipos con miembros de distinta jerarquía o multiprofesionales, el enriquecimiento del puesto de trabajo, las reuniones de confrontación organizacional, la mejora de relaciones entre departamentos, la promoción o activación del crecimiento y los cambios internos²⁶⁸. Otros autores han propuesto que se disponga en la institución de un equipo de especialistas (psicólogos, terapeutas) que ofrezcan ayuda ante problemas psicosomáticos y conductuales asociados al SDP^{8,269}.

En general, se puede inferir que cualquier programa dirigido al control o a la prevención debe incluir un paquete de técnicas para ser trabajadas en el plano individual, interpersonal o grupal y también en el plano organizacional²⁶¹. Todas estas técnicas pueden ser desarrolladas a través de un proceso de entrenamiento y formación de habilidades. Para desarrollar las habilidades seleccionadas es necesario entrenar a los sujetos de acuerdo al déficit diagnosticado, por eso el entrenamiento debe incluir: instrucciones acerca de la habilidad deficitaria, modelado de la conducta adecuada, ensayo conductual para desarrollar la nueva habilidad, refuerzo de la conducta y la generalización de la misma.

1.7- La Enfermería como profesión de riesgo

Los aportes teóricos a una definición de Enfermería como disciplina han tenido máximo desarrollo a partir de los años cincuenta; algunos han puesto el acento en definir su objeto, mientras que otros se inclinan preferentemente al establecimiento de métodos de trabajo; uno y otro enfoque son generalmente complementarios²⁶⁹. Los cuidados de Enfermería han sido formulados como un complejo

conjunto de acciones y procedimientos dirigidos a la búsqueda del mayor bienestar del sujeto, cualquiera que sea su condición y se extienden a todas las edades y etapas de la vida²⁷⁰.

Para entender la magnitud del problema, sólo desde la perspectiva “cantidad de trabajadores de Enfermería que estarían expuestos sistemáticamente a los factores de riesgo intrínsecos a su profesión”, cabría apuntar que la Dirección Nacional de Estadísticas del Ministerio de Salud Pública de Cuba, durante el 2005 reportó que laboraban en el Sistema Nacional de Salud un total de 89 462 enfermeras y enfermeros, siendo el sexo femenino el más frecuente (89,4 % del total). Lo cierto es que entre los profesionales de la salud, el personal de Enfermería es el más numeroso y posiblemente, uno de los grupos laborales en salud donde aún se mantienen trabajadores que no son universitarios. De hecho, de acuerdo a su formación profesional y perfil de salida se clasifica en: enfermeros básicos, enfermeros técnicos y enfermeros profesionales (licenciados)²⁷¹. Para el caso específico de “Enfermería Oncológica” el número de camas dedicadas exclusivamente a esta especialidad es de 880, distribuidas en las tres provincias que tienen hospitales oncológicos (Santiago de Cuba, Camaguey y Ciudad de la Habana) y en todas las provincias que tienen unidades o servicios de Oncología²⁷¹. La elevada incidencia de los tumores malignos y su alta mortalidad favorecen el incremento ascendente de casos que recibirán la atención integral de Enfermería, y con ello la exposición continuada a factores de riesgo laborales como parte inherente al ejercicio de su profesión.

La disciplina de Enfermería ha sido ubicada dentro de los grupos profesionales de riesgo debido a las características de las transacciones que se producen en el contexto laboral, que le son propias por el trabajo que se realiza; los estresores socio-laborales de las organizaciones (hospitales, policlínicos, consultorios, etc.), los estresores relacionados con la tarea específica (cáncer, SIDA, quemados, etc.) y los estresores extra-laborales (cuidado del hogar y la familia) generados por las características del

género femenino predominante^{15,30,71,272-274}. Sin embargo, dentro de esta disciplina el perfil profesional menos estudiado es el de “Enfermería Oncológica”, aunque se supone que sea uno de los grupos más vulnerables por estar expuesto a factores de riesgo inherentes a la Oncología como especialidad. Con el objetivo de sistematizar los principales factores de riesgo propios de esta disciplina, se describen a continuación los principales antecedentes del SDP en Enfermería, englobados en tres grupos:

1) Antecedentes relacionados con las características del trabajo de Enfermería: los cuidados y procedimientos de Enfermería llevan implícita la manipulación directa o indirecta de fluidos corporales: sangre, vómitos, orina, heces, secreciones procedentes de aspiraciones y curaciones de heridas y tumores que generan olores y situaciones desagradables, lo que ha condicionado que esta tarea sea considerada por muchos como “desagradable” y estresante”. Además, la organización del trabajo establece varias líneas de autoridad, a través de una estructura vertical. Estas líneas de autoridad son ejercidas fundamentalmente sobre el personal que realiza la atención directa a pacientes y familiares, con el inconveniente de que ellos no siempre pueden ejercer su autonomía en la toma de decisiones^{21,87}.

La falta de control, la baja motivación laboral, así como los bajos sentimientos de altruismo pueden conducir al agotamiento emocional típico del SDP^{185,275,276}. El déficit de equidad y reciprocidad en los intercambios sociales entre el personal de enfermería y los pacientes, los familiares, los médicos y los supervisores es un antecedente significativo de la baja realización personal, que unida a la falta de autonomía se constituyen en fuertes factores de riesgo²⁷⁷. Por otra parte, la organización del trabajo por turno rotativo y nocturno es otra fuente de estrés. Se ha reportado que a mayor edad y más antigüedad en ese tipo de turno, mayores problemas para adaptarse¹⁹. Las condiciones ambientales durante el día no son las adecuadas para el descanso y, además, los trabajadores suelen sacrificar horas de sueño

con tal de convivir con la familia y cumplir con las tareas familiares (cuidados del cónyuge, hijos y personas de mayor edad)²⁷⁸.

La baja disponibilidad de recursos humanos de Enfermería y la asignación estandarizada de procedimientos por pacientes evidencian la sobrecarga laboral. Un estudio realizado en el Instituto Nacional de Oncología para estimar la plantilla óptima concluyó que ésta sólo estaba cubierta en un 64 %, lo que demuestra fehacientemente la existencia de sobrecarga laboral en esta institución²⁷⁹. El exceso de usuarios en situaciones de dependencia y distrés emocional trae consigo un aumento de interacciones sociales complejas bajo un clima de mucha tensión, lo que aumenta la sobrecarga laboral cualitativa, que además, se complementa con largos turnos de trabajo. En este contexto, cabe entonces enfatizar en el hecho de que la sobrecarga laboral se ha relacionado significativamente con los síntomas del SDP estimado por el MBI²⁸⁰.

En el trabajo de Enfermería a veces existe ambigüedad y al conflicto de rol, pueden llegar a tener dificultades para encontrar el límite de sus competencias; los procedimientos para desempeñarlos o los criterios y métodos para evaluar su propio trabajo²⁸¹. Los cuidados de enfermería y la atención directa al paciente y su familia se ven afectados por la falta de tiempo para su ejecución con calidad; estos profesionales con frecuencia tienen que realizar otras funciones que nada tienen que ver con el cuidado profesional de los enfermos (coordinaciones con otros departamentos, control de los recursos asignados y extensa burocracia), características que, unidas al déficit de personal, favorecen la sobrecarga^{16,18,21}. Un conflicto de rol que comúnmente se presenta es no poder participar en la toma de decisiones relacionadas con costos hospitalarios y la asistencia sanitaria, a pesar de que los que trabajan en emergencia, cuidados intensivos y hasta en las salas, muchas veces tienen que decidir la prioridad en que deben atenderse a los enfermos y las medidas que deben tomarse en cada caso,

situaciones que generan conflictos por no poder satisfacer simultáneamente diferentes expectativas^{178,281}.

2) Antecedentes relacionados con el contexto sociolaboral: entre los factores de riesgo del contexto socio-laboral se destacan la comunicación interpersonal, los conflictos interpersonales y la falta de apoyo social. Se conoce que en el equipo de salud, son lo(a)s enfermero(a)s quienes mantienen mayor intercambio social, relaciones más estrechas y continuas con los pacientes, la familia, los otros miembros del equipo de salud asistencial y personal de departamentos afines. El deterioro de las relaciones en el trabajo y la percepción negativa de las mismas, son condiciones imprescindibles para que se desarrolle el SDP. De hecho, las fuentes de estrés que tienen su origen en la interacción social son variables y explican los principales porcentajes de la varianza y, además, pueden intensificar los efectos de otros estresores^{19,278}.

Un estudio realizado por Novak y Chappell²⁸² reportó que la falta de colaboración de los pacientes era una variable significativa en el desarrollo del SDP en auxiliares de enfermería²⁸². Los conflictos interpersonales pueden inducir autoevaluación negativa y sentimientos de fracaso profesional¹⁹. Un caso extremo de conflicto interpersonal, en el que se pone de manifiesto el deterioro psicosocial del profesional es el acoso psicológico; su influencia sobre el SDP ha sido evaluada como significativa en algunos estudios^{19,283}. Una causa importante de los conflictos interpersonales se puede encontrar en problemas de comunicación²⁸⁴; así, cuando los trabajadores perciben falta de reciprocidad, desequilibrio o inequidad en estos intercambios, pueden experimentar tensión y actuar con agresividad¹⁹.

La revisión de la literatura permite concluir que existe una relación positiva y significativa entre el apoyo social y el desarrollo del SDP²⁸⁵. El efecto modulador del apoyo social se ha hecho evidente en las

dimensiones agotamiento emocional y despersonalización. Los efectos negativos del apoyo social sobre la despersonalización se explican por la influencia que puede tener sobre los sentimientos de responsabilidad social. La norma de responsabilidad social prescribe que las personas deberán ayudar a aquellos que dependen de ellos, por lo tanto los sentimientos de responsabilidad tienen una relación positiva con la dependencia percibida por otros; en el caso de estos profesionales, los pacientes y los familiares dependen en gran medida de sus cuidados continuos.

3) Antecedentes relacionados con estresores extra-laborales (cuidado de la familia) y su vinculación con el género: Enfermería aglutina fundamentalmente a mujeres; ellas realizan una serie de actividades que generan acumulación de roles, se multiplican las demandas y las obligaciones tanto del ámbito laboral como en el familiar y social²⁸⁶. El análisis del estrés psicosocial desde la perspectiva de género permite concluir que las tareas u obligaciones ligadas al sexo femenino (realización de trabajos domésticos, cuidados del cónyuge, de familiares y de los hijos) pueden convertirse en factores de riesgo²⁸⁷.

El papel de madre representa en sí mismo una fuente de estrés, sobre todo cuando hay hijo(a)s pequeño(a)s. Como evaluaciones negativas de estas tareas se destaca el hecho de que no son consideradas un trabajo como tal y por lo tanto no poseen reconocimiento. Ello puede traer sentimientos de depreciación personal que afecta a la salud de la mujer. Tanto el trabajo doméstico como el trabajo profesional pueden contribuir a generar sobrecarga laboral y tensiones negativas para la mujer²⁸⁷. En un estudio realizado en una muestra de hombres, la realización personal no fue un predictor de la despersonalización²⁸⁸, mientras que en otro estudio se concluyó que las mujeres puntuaron más alto que los hombres en la dimensión agotamiento emocional²¹⁶.

La carencia de resultados de investigaciones nacionales y extranjeras sobre el SDP en Enfermería Oncológica ha dado lugar a que se reflejen resultados generales para la disciplina Enfermería. Se resumen algunos resultados en diferentes países. La relevancia de esta línea de investigación en Enfermería se explica al analizar las consecuencias tanto para la salud de lo(a)s enfermero(a)s, como para el desarrollo organizacional^{289,290}. Como se ha referido, son muchos los trabajos que han estudiado variables relacionadas con el proceso de desgaste en Enfermería²⁹⁰⁻²⁹³, entre ellas cabe citar el trabajo de Arita, estudiando 30 enfermero(a)s en un Hospital del ISSSTE y 24 enfermero(a)s de Quirófano y Servicios de Cirugía de un Hospital del IMSS de la ciudad mexicana de Culiacán, ella obtuvo correlaciones significativas entre la cantidad de trabajo y el agotamiento emocional; la responsabilidad por el trabajo, la erosión del contenido del trabajo que lleva al tedio y la monotonía y la organización de la tarea; y entre la responsabilidad por la vida de los pacientes y las características de la tarea, encontrando diferencias significativas entre enfermeras de las dos instituciones^{294,295}.

Ogus encontró en enfermeras canadienses relaciones entre la percepción del estrés laboral y el burnout, con significación para las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización²⁹⁶. En un hospital de Japón, Isashige concluyó que las condiciones de trabajo correlacionaron significativamente en cuanto a cantidad de tareas y el agotamiento emocional y la despersonalización²⁹⁷. Lewis y Campbell encontraron en enfermeras estadounidenses que el trabajo excesivo es el factor que más contribuye a indicadores de estrés y burnout²⁹⁸. Otros estudios confirmaron que la carga de estrés presente en las interacciones con los pacientes, incrementó la frecuencia de cansancio emocional y despersonalización al tiempo que disminuyó el rendimiento laboral^{18,21}.

Varios investigadores han reportado que la falta de apoyo social, los conflictos interpersonales y la percepción de falta de reciprocidad en intercambios sociales en el personal de Enfermería son

considerados antecedentes^{108,299}. También se han encontrado relaciones significativas entre el síndrome en enfermero(a)s y las relaciones interpersonales con el personal médico, la falta de participación en la toma de decisiones, el horario laboral y la falta de coordinación^{300,301}. Muchas investigaciones han enfatizado en la importancia de la satisfacción laboral disminuida como una de las consecuencias más negativas del SDP, no sólo por su propia connotación sino también por su influencia en el ausentismo laboral^{299,302-305}. Algunos reportes afirman que las mujeres entre 20 y 45 años presentan mayor número de ausencias relacionadas a la insatisfacción laboral y a la sobrecarga laboral y extra-laboral que los hombres³⁰⁶. Como se puede observar existen argumentos suficientes para explicar la pertinencia de diseñar, evaluar e implementar programas de intervención dirigidos a la prevención y al control del SDP^{260,307}.

En este capítulo se fundamenta la relevancia del estudio del SDP en trabajadores de servicios asistenciales y particularmente en Enfermería, se pone de manifiesto la carencia de estudios específicos sobre el SDP en "Enfermería Oncológica". Se concluye que después de más de treinta años de investigación sistemática se ha avanzado en el esclarecimiento general de este fenómeno, aunque es pertinente reconocer críticamente la existencia de imprecisión conceptual, insuficiente delimitación de sus síntomas, y persistencia de problemas metodológicos que afectan su medición y cabal comprensión.

CAPÍTULO 2: CONCEPCIÓN Y DISEÑO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo de este capítulo es presentar de forma integrada el diseño de los estudios que dieron salida a los objetivos de la investigación. La concepción general e hipótesis partieron del modelo explicativo elaborado por Cherniss¹, quien plantea que el SDP surge cuando los individuos se enfrentan a altos niveles de estrés laboral durante un tiempo prolongado, interactuando con las características del trabajo (sobrecarga, supervisión, estimulación, etc.) y con las características del individuo (orientación profesional, factores extra-laborales como apoyo social y necesidades ajenas al trabajo).

La variedad de factores que pueden intervenir en el desarrollo del SDP hace compleja la investigación, obliga a la planeación de tres estudios que develen los factores antecedentes, los factores del SDP, las consecuencias y una herramienta eficaz para reducir los niveles de afectación y sus consecuencias negativas.

2.1. Diseño metodológico de la investigación

La investigación se realizó en los tres hospitales de Oncología del país durante el período 2004-2009, su diseño contempló dos etapas, en la primera etapa predominó el método cuantitativo en los estudios, mientras que en la segunda etapa se utilizó una combinación de métodos cuantitativo y cualitativo, este último específicamente durante las diferentes sesiones del Programa de intervención.

Primera etapa: para dar salida a los tres primeros objetivos (identificar la magnitud del fenómeno, los factores laborales y personales asociados al proceso de su desarrollo y las consecuencias), se diseñaron dos estudios: el primero, descriptivo e incluyó un paso previo dirigido a conocer mejor los instrumentos MBI-CBB. El MBI es el instrumento específico para el diagnóstico de las dimensiones del

síndrome “regla de oro”, pero no estima el nivel global de afectación. El CBB surgió de las bases conceptuales del MBI, pero lo evalúa con procedimientos y escalas diferentes y ofrece una puntuación global; de ahí que se haya seleccionado el CBB para el diagnóstico global (magnitud) y el MBI para profundizar en el diagnóstico de las dimensiones.

Se realizó la validación de contenidos de ambos instrumentos a través de los criterios de Moriyama, para ello se seleccionaron 10 expertos en el tema del estrés, todos profesores con experiencia investigativa, especialistas, egresados de Maestría y/o Doctores en Psicología. Se tuvo en cuenta que los expertos tuvieran conocimiento anterior de estos instrumentos, con los cuales sólo se habían realizado en el país algunos estudios exploratorios^{71,87-89}. Se realizó, además, la validez de constructo, así como algunos elementos de validez convergente dirigidos a la comparación de las dimensiones del SDP en su estructura trifásica: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo (ver características de los instrumentos en el epígrafe correspondiente).

Se asumió la validez de criterio reportada en múltiples estudios con el MBI para contrastar los resultados del CBB^{10,19,31,127,143,183}. Se puso de manifiesto en esta fase diagnóstica que las dimensiones fueron similares según los dos instrumentos. En consecuencia, se decidió que los resultados del diagnóstico fuesen analizados según el instrumento CBB, que permite disponer de un nivel global de afectación, los factores antecedentes y sus consecuencias.

El segundo estudio, con diseño analítico, estuvo dirigido a determinar las posibles asociaciones entre los niveles de afectación, los factores antecedentes (socio-laborales, socio-demográficos y psicológicos) que pueden intervenir en el proceso de desgaste y las consecuencias.

Segunda etapa: para dar salida al cuarto objetivo se analizaron los factores que distinguieron al SDP en los trabajadores afectados, lo cual facilitó el diseño, la implementación y la evaluación del Programa de intervención. Se analizaron la factibilidad y posibilidades reales de implementar el Programa de acuerdo a los tres contextos hospitalarios involucrados y se decidió de forma práctica la ejecución del mismo en el Instituto de Oncología de Ciudad de La Habana y en el Hospital “María Curie” de Camagüey, por ser los hospitales que contaban con los recursos humanos especializados para realizar la intervención. La magnitud del SDP fue diferente en los tres centros, pero no se identificaron diferencias en las variables antecedentes estudiadas en estas instituciones que incidieran en el diseño del Programa de intervención.

2.2- Diseño metodológico de los estudios descriptivos y analíticos

Estudio 1: con diseño descriptivo de corte transversal, estuvo dirigido a identificar la magnitud del SDP en enfermero(a)s que trabajan en los tres hospitales oncológicos. El universo de “Enfermería Oncológica” de acuerdo a la plantilla activa en el período de la investigación, en los tres hospitales: “Conrado Benítez”, “María Curie” e INOR fue de 250 personas, participaron en la investigación 143 enfermero(a)s que se encontraban trabajando en el momento del estudio (unidad de análisis). De los 107 sujetos que no participaron 62 no reunían los criterios de inclusión y 45 no estaban trabajando en ese momento por problemas personales, familiares o de salud. Las características metodológicas de este estudio se resumen en el cuadro 1.

Las variables del SDP estudiadas fueron: agotamiento emocional (se refiere a una reducción de los recursos emocionales y al sentimiento de no tener nada que ofrecer a los demás, acompañados de manifestaciones somáticas y psicológicas, como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad);

despersonalización (se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los clientes o receptores de servicios, así como también hacia los colegas, que conduce con mucha frecuencia a la idea de que éstos son la verdadera fuente de los problemas, se asocia con una actitud un tanto cínica e

Cuadro 1: Características metodológicas del estudio dirigido a identificar la magnitud del SDP

Objetivo al que responde	N	Instrumentos	Técnicas y procedimientos
Objetivo no. 1	143	Inventario de <u>Burnout</u> de Maslach (MBI) Cuestionario Breve de <u>Burnout</u> (CBB)	Diagnóstico: por técnica de <u>clusters</u> que tiene la ventaja de agrupar específicamente sujetos con características similares, en este caso, de acuerdo a los dos instrumentos (6 variables). El proceso de formación de <u>clusters</u> agrupó a los sujetos más parecidos a través de varias etapas, partiendo de la etapa 0 en la cual todos los sujetos forman un <u>clusters</u> individual, en este caso un total de 143 <u>clusters</u>. Se calculó la distancia “multivariada” entre todas las parejas de casos, al terminar todo el proceso quedaron conformados 3 grupos de acuerdo a la media de las dimensiones del CBB y del MBI denominados convencionalmente: “nivel bajo”, “nivel medio” y “nivel alto”. La magnitud se estimó a partir del nivel global obtenido de las medias de las puntuaciones en el nivel “alto” en las tres dimensiones del síndrome según el CBB. Se realizó análisis intra-grupos e inter-grupos, desde el punto de vista de las 3 dimensiones del CBB comparándolas con los resultados del MBI para profundizar en las mismas, se realizó análisis de varianza (test post-hoc de rangos adecuados al nivel de medición de las variables), para conocer cuáles fueron las dimensiones que más distinguían los niveles del SDP según MBI y CBB

impersonal, con el aislamiento de los demás, con el etiquetamiento despectivo para calificar a los otros, y con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio en el cumplimiento de los compromisos laborales); falta de realización personal (se refiere a la percepción de que las

posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima).

Criterios de inclusión: estar titulado en cualquiera de las modalidades de Enfermería (básicos, técnicos y profesionales); formar parte de la plantilla al menos desde un año anterior al estudio en los hospitales oncológicos del país; encontrarse trabajando en la atención a pacientes oncológicos por un periodo de tiempo igual o superior a seis meses de manera ininterrumpida y dar su consentimiento para participar. Los criterios de exclusión focalizaron sujetos que no cumplieron con los criterios de inclusión. No se incluyeron enfermero(a)s que trabajaban con pacientes con cáncer de manera esporádica (enfermos ingresados en Hospitales Maternos, Clínico-Quirúrgicos o de otras especialidades), ya que estos pacientes se ingresan en salas de cirugía o de medicina junto a pacientes con otros diagnósticos, pronósticos y tratamientos; además estos enfermero(a)s realizan rotaciones por diferentes salas y servicios con características diferentes a la organización, cultura, clima, naturaleza de la tarea, etc. de los hospitales de Oncología; se excluyeron también los que por enfermedad incidental o problemas personales no asistieron durante la fase del diagnóstico.

Estudio 2: con diseño analítico dirigido a determinar si existe asociación entre los niveles y dimensiones del SDP y factores socio-laborales, socio-demográficos y psicológicos que pudieran intervenir en el desarrollo del desgaste profesional, así como asociaciones entre los niveles del SDP y sus consecuencias.

Participaron todos los sujetos del estudio anterior (N = 143), se trata de una tarea investigativa diseñada para dar continuidad al estudio de los factores relacionados con los niveles del SDP (ver cuadro 2).

Cuadro 2: Características metodológicas del estudio dirigido a determinar asociaciones entre el SDP y factores socio laborales, socio demográficos, psicológicos y las consecuencias

Objetivo al que responde	N	Instrumentos	Técnicas y procedimientos
Objetivos 2 y 3	143	Ficha de datos generales Sub-escalas del Cuestionario CBB: “características de la tarea”, “tedio” y “organización” IDARE e IDERE: Inventarios de Ansiedad y Depresión Rasgo-Estado PR: Inventario de Puntos de Vistas Personales (PVP) SC: Inventario de Orientación ante la Vida (COV) Escala de Estilos de Afrontamientos de Lazarus	Criterios de Moriyama para la validación de contenidos (PVP/COV) Análisis multivariado: técnica CHAID (árboles de decisión), permite reagrupar los valores posibles de la variable predictiva (máxima significación en la asociación con los niveles del síndrome). Esta técnica es considerada una herramienta de segmentación de la muestra, se determina por las variables predictivas. Se consideró que un grupo de sujetos tiene más riesgo que otro si su riesgo relativo es significativamente mayor que 1 y que está protegido si su riesgo relativo es menor que 1. También se utilizaron estadísticos tales como Chi-cuadrado y la V de Cramer, que pretenden corregir el valor de Chi-cuadrado por las dimensiones de la tabla. Se utilizó análisis de varianza entre los tres niveles.

Las variables consideradas en el segundo estudio (factores antecedentes) fueron:

Variables socio-laborales: cargo que ocupa (asistencial o jefa de sala), centro de trabajo (provincia donde se ubica el hospital), tiempo de experiencia en la profesión, turno de trabajo, sobrecarga laboral expresada en el promedio de pacientes que atienden diariamente y promedio de horas de trabajo semanales, “trabajo extra-laboral” denominado convencionalmente para designar las “tareas del hogar y el cuidado de la familia” y el tiempo de interacción con pacientes y familiares.

Variables de la sub-escala “características de la tarea” del CBB: evalúa identificación e implicación con el trabajo, el clima y el ambiente laboral del centro y la retro-información.

Variables de la sub-escala “tedio” del CBB: que evalúa si el trabajo es considerado interesante, repetitivo o aburrido.

Variables de la sub-escala “organización” del CBB: que evalúa si las relaciones interpersonales son gratificantes, si perciben apoyo social por parte de jefes y de los compañeros.

Variables socio-demográficas: edad, sexo, estado civil, tenencia de hijos, estudios realizados y antecedentes patológicos personales (APP) y familiares (APF).

Variables psicológicas: de carácter emocional: ansiedad y depresión; de orientación salutogénica: personalidad resistente y sentido de coherencia; y afrontamientos ante los factores de riesgo (estresores percibidos).

Variables relacionadas con las consecuencias del síndrome: Variables de la sub-escala “consecuencias” del CBB: que evalúa afectaciones en la salud, en las relaciones interpersonales en el rendimiento laboral. Los síntomas físicos y padecimientos considerados fueron: catarros, diarreas, calambres, amigdalitis, dolores de cabeza, infecciones de la piel, infecciones respiratorias, infecciones urinarias, dolores musculares y enfermedad o padecimiento diagnosticado en el año anterior al estudio.

2.3- Estrategia metodológica del estudio experimental: diseño, implementación y evaluación

La elaboración y diseño del Programa de intervención siguió las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, referidas por Fernández Ballesteros³⁰⁸. De acuerdo con ellas, un programa es un conjunto especificado de acciones humanas y recursos materiales diseñados e implementados organizadamente en una determinada realidad social, con el propósito de resolver algún problema que atañe a un conjunto de personas³⁰⁸.

El carácter dinámico y procesual del SDP y el hecho de que los resultados del primer estudio (diagnóstico inicial) fueron obtenidos dos años antes de la implementación del Programa, hizo imprescindible corroborar evolutivamente el diagnóstico con una re-aplicación de los instrumentos a los sujetos afectados seis meses antes del comienzo de la implementación del Programa, para verificar los niveles actuales, la evolución de sus tres dimensiones, los síntomas específicos en el momento de la intervención, los factores que intervienen y las consecuencias presentes. Otro elemento considerado fue la procedencia de los sujetos que entrarían en el experimento. En este caso, se analizaron las características específicas de la intervención, las técnicas a emplear, el tiempo de duración, la localización geográfica de los tres hospitales de Oncología y los recursos humanos especializados para implementar el Programa, decidiéndose que no era viable realizar, en un primer momento, el experimento en todos los trabajadores afectados, de ahí que se haya decidido incluir sujetos de dos centros (Instituto de Oncología y Radiobiología y el Hospital “María Curie”).

Estudio 3: en un segundo momento (seis meses antes de la implementación del Programa) se realizó la re-aplicación de los instrumentos (diagnóstico), se identificaron 63 sujetos con indicadores de desgaste, de ellos 23 sujetos procedían del Hospital “María Curie” de Camagüey y 40 sujetos del Instituto Nacional de Oncología (INOR) de Ciudad de La Habana. La inclusión de los sujetos en los grupos experimental y control se realizó al azar a través de un listado de números aleatorios. El Grupo Experimental quedó conformado por 31 enfermero(a)s: 20 sujetos procedentes del INOR y 11 sujetos procedentes del Hospital “María Curie”. El Grupo Control quedó conformado por 32 enfermero(a)s: 20 sujetos procedentes del INOR y 12 sujetos procedentes del Hospital “María Curie”, todos con la posibilidad de recibir los beneficios de la intervención en un segundo momento (“lista de espera”). El diseño general se organizó en tres pasos. Se utilizó una combinación de métodos cuantitativos y

cualitativos (protocolos de observación para el análisis de contenidos de los registros individuales y grupales en cada sesión (ver anexo 1).

Paso 1: Evaluación pre-experimental: criterios diagnósticos seis meses antes de la implementación del programa.

Correspondió al diagnóstico basal del SDP en el personal de “Enfermería Oncológica” de ambos hospitales. La aplicación de los instrumentos se realizó de manera grupal en una sesión de trabajo (este aspecto se profundiza en el epígrafe correspondiente a los instrumentos y el diseño de la investigación). Los aspectos relacionados con instrumentos y las variables del SDP fueron expuestos en el primer estudio, en la primera etapa del diseño metodológico y en el acápite relativo a instrumentos. Se conformaron los grupos experimental y de control de acuerdo a niveles de afectación por el SDP y los factores antecedentes (variables socio-laborales, socio-demográficas y psicosociales), garantizando la comparabilidad inicial de los dos grupos experimental y de control.

Paso 2: Estudio experimental: implementación del Programa, seguimiento individual y grupal (10 semanas de duración)

Grupo Experimental: consideraciones generales del Programa de intervención

La intervención terapéutica en un síndrome cualquiera durante la fase aguda supone tener en cuenta una duración aproximada entre 6-12 semanas para lograr una respuesta y como mínimo tres meses para lograr remisión³⁰⁹. Para incrementar la validez interna de esta intervención, su duración se planeó para aproximadamente 10 semanas y dos meses adicionales de refuerzo a razón de una sesión en el seguimiento, para un total de 22 sesiones que oscilaron entre una y dos horas de duración. La evaluación-post intervención se realizó a los 3 meses de terminar la ejecución del Programa.

Objetivos del Programa de Intervención: a) Incrementar los conocimientos acerca del SDP como respuesta al estrés laboral y su influencia negativa en la salud del trabajador y en el desarrollo y efectividad institucional; b) Fomentar en lo(a)s enfermero(a)s el auto-cuidado y la auto-responsabilidad con la salud; c) Propiciar recursos y estilos más eficaces para afrontar mejor los factores laborales de riesgo conducentes al proceso de desgaste profesional; d) Proporcionar técnicas y procedimientos para resolver problemas laborales relacionados con la naturaleza del trabajo en “Enfermería Oncológica”, así como manejar el tiempo de forma eficaz, disminuyendo el sentido de urgencia temporal; e) Promover comunicación y relaciones interpersonales con calidad; f) Facilitar la apropiación de recursos dirigidos a disminuir la vulnerabilidad personal ante el estrés, mediante la auto-relajación, la expresión adecuada de las emociones y otras medidas generales de auto-cuidado; g) Propiciar el adecuado autocontrol emocional y autoconfianza en sus propias potencialidades, que permita incrementar el bienestar subjetivo de este personal; h) Desarrollar habilidades que permitan incrementar la integración social con calidad y el fomento del apoyo social en el trabajo, mediante el aprendizaje de técnicas y recursos psicológicos dirigidos a la búsqueda efectiva de apoyo social.

Diseño y estrategia del Programa: se concibió como un sistema de influencias de corte educativo articuladas entre sí. Se incluyeron estrategias orientadas al plano organizacional, individual e interpersonal, utilizando diversas técnicas, recursos y procedimientos dirigidos a incrementar los conocimientos sobre el estrés laboral y el SDP y a desarrollar habilidades a partir del déficit identificado, así como afrontamientos más eficaces ante los estresores.

Intervención a nivel organizacional

Estuvo dirigida a enfermero(a)s que ocupaban cargos de dirección a nivel de centro (Vicedirector de Enfermería y Supervisores) del Hospital “María Curie” y del Instituto Nacional de Oncología y

Radiobiología. Los objetivos fueron: a) incrementar los conocimientos sobre los factores de riesgo laborales que intervienen en el proceso de estrés laboral y desgaste y sus consecuencias negativas para la salud y para la efectividad de la institución; b) incrementar la necesidad sentida de cambio en estos directivos, y, c) controlar las variables organizacionales que pudieran interactuar con la intervención: cambios en la organización del trabajo, clima y cultura de la organización, relaciones interpersonales (jefe-subordinado) y apoyo social. Por razones éticas, organizativas y prácticas estas estrategias organizacionales se realizaron en un paso previo a la intervención dirigida a lo(a)s enfermero(a)s asistenciales afectados por el síndrome.

Intervención en los sujetos afectados por el SDP y que realizan funciones asistenciales

Estuvo dirigida al “plano individual”. Los objetivos estuvieron dirigidos: a) al incremento de conocimientos y desarrollo de habilidades para la auto-relajación; b) la “solución de problemas de enfermería”; c) el “manejo eficaz del tiempo”, y, d) la “comunicación asertiva” con pacientes, familiares, compañeros y jefes. Se emplearon otras técnicas cognitivas y recursos dirigidos al mejor afrontamiento de los estresores laborales percibidos. Las estrategias interpersonales se centraron en mejorar las relaciones interpersonales e incrementar el apoyo social.

Fase 1: tuvo una duración de dos sesiones. Se conformaron los grupos de sujetos que integraron el Grupo Experimental (GE): 2 subgrupos de 10 sujetos procedentes del Instituto de Oncología y 1 subgrupo de 11 sujetos procedentes del Hospital “María Curie”. Se utilizaron estrategias motivacionales e instructivas. La primera sesión comenzó con la técnica de presentación en pareja, ya que los sujetos se conocían de forma general. Para la detección de expectativas relacionadas con los beneficios del Programa de intervención, los sujetos utilizaron frases como: “espero aprender a controlar el estrés que me produce mi trabajo”, “mejorar mi salud”, “tener logros profesionales” y “relacionarme mejor con mis

pacientes, familiares, compañeros y jefes". Se establecieron las normas del grupo en cuanto a la organización y funcionamiento en el horario acordado. Se enfatizó en la confidencialidad de los temas, en los ejemplos, vivencias y experiencias expresadas durante las sesiones. Se trabajó con la técnica de dinámica grupal y se usó la lluvia de ideas, entre otros fines, para estimular la participación activa de los sujetos.

Para incrementar el nivel de conocimiento acerca de las afectaciones del SDP, los estresores laborales y sus efectos negativos, se impartieron instrucciones concretas. Los contenidos seleccionados se presentaron en forma de trípticos, los temas abordados fueron: riesgos psicosociales en el trabajo en salud, estrés laboral y SDP, vulnerabilidad personal al estrés, comunicación en salud, habilidades sociales y asertividad, apoyo social y relaciones interpersonales con calidad (empatía, cordialidad, así como las consecuencias del estrés laboral y del SDP para la salud, las relaciones interpersonales y la institución.

Se tuvo en cuenta que las creencias de los sujetos influyen notoriamente en sus estilos de afrontamiento; el Síndrome de Desgaste Profesional está influido por la valoración que los trabajadores hacen de los estresores y de cómo los afronten. Por esta razón, en esta fase se dio especial importancia a la apropiación de conocimientos por los sujetos y a la modificación de creencias.

Fase 2: dirigida al desarrollo de habilidades en el "plano individual", las cuales fueron ejecutadas en 14 sesiones de una hora de duración, dos veces por semana. Esta fase estuvo centrada en aspectos generales de control del estrés laboral, con énfasis en el desarrollo de afrontamientos de carácter activo dirigidos a la solución de problemas y también a regular la respuesta emocional. Se trabajaron los procesos de auto-valoración para generar cambios en los estilos de afrontamientos. Para lograr la autorregulación emocional se fomentó la reflexión consciente de los sujetos desde lo experiencial y/o

vivencial. Se utilizaron técnicas de reflexión y discusión grupal para generar nuevas experiencias de aprendizaje, las cuales se socializaban y ensayaban mediante la dramatización (juego de roles).

Las habilidades desarrolladas fueron dirigidas a la *auto-relajación* y otras medidas generales de control del estrés, solución de problemas laborales frecuentes en “Enfermería Oncológica”, comunicación asertiva con pacientes, familiares, compañeros y jefes; desarrollo de habilidades sociales y asertividad dirigida al diálogo y la entrevista con pacientes, familiares y compañeros de trabajo y al manejo del tiempo de forma eficaz, para disminuir la sensación de urgencia temporal y el déficit de tiempo para cumplir las acciones específicas de Enfermería. La *técnica de solución de problemas*, tuvo como objetivo que los sujetos aprendieran a resolver situaciones problemáticas, actuando directamente sobre los estresores. Además, esta técnica contribuye de manera importante a potenciar los sentimientos de auto-eficacia del trabajador, dotándoles de estrategias para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se siguieron los pasos de la *técnica* en el orden secuencial de la misma: identificación y reflexión sobre el problema, objetivos para resolver el problema, elicitación de las posibles soluciones, evaluación de las consecuencias, delimitación de la solución elegida, puesta en práctica de la solución, evaluación de los resultados y propuestas de mejoras.

Las habilidades dirigidas a poner en práctica afrontamientos de carácter activo se trabajaron con técnicas cognitivo-conductuales. Las técnicas cognitivas parten de que las respuestas emocionales de miedo, ira, ansiedad, frustración, etc., no están provocadas directamente por la situación problemática, sino por los procesos valorativos que se ponen en marcha ante ellas. Entre las diferentes técnicas se trabajó especialmente con la *reestructuración cognitiva*. El objetivo de esta técnica fue enseñar a valorar los estresores desde una perspectiva más realista, estimulando al sujeto a hacerse una serie de preguntas que le lleven a poner en tela de juicio sus procesos habituales de valoración de los

acontecimientos y haciéndole consciente de los aspectos positivos que pueden ir asociados a las situaciones estresantes. De esta forma los sujetos adquirirían un nuevo punto de vista, menos negativo, más flexible y más realista.

Para el entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación se siguieron los pasos de esta técnica: instrucción, modelado, ensayo conductual, refuerzo, retroalimentación y generalización; estos procedimientos fueron usados de forma general como método para el desarrollo de todas las habilidades en entrenamiento y constituyó el eje axial de la mayoría de las sesiones de intervención.

Las habilidades de comunicación asertiva a desarrollar emanaron del diagnóstico previo, el Programa se centró en el déficit existente: “decir no”, “expresión de emociones negativas”, “pedir ayuda”, “saber escuchar a los demás”, “pactar y negociar” y “relacionarse con otros”, para mejorar sentimientos de autoconfianza y autocontrol más efectivo sobre sus tareas y funciones. Esta técnica persiguió, además, desarrollar habilidades para mejorar la comunicación con los pacientes, los familiares, los compañeros de trabajo y los jefes. Durante su ejecución se focalizaron las siguientes habilidades: contacto ocular, posturas, gestos y modulación de la voz y distancia del interlocutor para un ambiente privado, entre otras. Se utilizaron casos clínicos donde se ponía en evidencia una situación problemática real de Enfermería, y usando el juego de roles se ofrecieron ejemplos típicos de conductas asertivas.

Se trabajaron aspectos importantes de la *comunicación en salud* para minimizar los estresores generados por una comunicación problemática o no gratificante con los pacientes, la familia y los compañeros. Por la importancia y frecuencia que tiene el uso de la asertividad en las relaciones interpersonales; se ejercitaron conductas para ejecutar hábilmente entrevistas y diálogos ante situaciones difíciles. Se sabe que una interacción social inadecuada afecta la confianza y la colaboración del paciente, esta interacción limitante se expresa en poco tiempo disponible para la

entrevista o los cuidados, burocratización en el ejercicio profesional, uso de terminología incomprensible para los enfermos, olvido, temores, falta de empatía para aclararle dudas, falta de disposición a responder las preguntas que se le formulan, etc. El entrenamiento en asertividad no sólo reduce la probabilidad de verse expuesto a situaciones estresantes, sino adicionalmente, persigue incrementar la competencia técnica en la ejecución laboral. En un primer momento se trabajó con el sistema de creencias dirigidas a mantener el respeto por los propios derechos personales y por los derechos de los demás. El segundo momento estuvo dirigido a que el sujeto entendiera y diferenciara entre respuestas asertivas, agresivas y pasivas. En un tercer momento se intentó la reestructuración de estilos de comportamiento incorrectos, fortaleciéndose con los ensayos conductuales, los refuerzos de la conducta asertiva y la generalización de la habilidad.

Con relación al *desarrollo de habilidades para el manejo del tiempo de forma eficaz*, se trabajó sobre el establecimiento de prioridades en las diferentes tareas de Enfermería, en cada turno de trabajo según los horarios establecidos. El objetivo fue aumentar la percepción de cantidad de tiempo disponible para atender las actividades importantes y reducir la percepción y frecuencia de las actividades laborales de urgencia. Manejar el tiempo de manera eficaz permite distribuir mejor el mismo y aumentar su efectividad en el logro de los objetivos. Los sujetos desgastados por el trabajo sienten que deben hacer demasiado durante un espacio temporal insuficiente, generando más trabajo para poder volver a tener percepción de control. Se siguieron los pasos recomendados en esta técnica: adquisición de conocimientos sobre las responsabilidades laborales, a través de un auto-registro del tiempo que invierten en las tareas que realizan, establecimiento de prioridades, ejercitación, identificación de actividades que contribuyen a los objetivos o tareas priorizadas y disminución de percepción y frecuencia de tareas urgentes.

Para facilitar la desactivación fisiológica y lograr la relajación se utilizó la técnica respiración en tres tiempos y la visualización. Dentro de las técnicas de relajación, las respiratorias se conciben como un aprendizaje menos complejo y el individuo toma parte activa en el diseño de su entrenamiento, personalizándolo, aunque manteniendo los aspectos básicos de la técnica. Esta técnica se comenzó a ejercitar desde la primera sesión, ya que era necesario lograr la auto-relajación en cada una de las sesiones y la ejercitación diaria fuera del ámbito laboral.

Fase 3: se trabajaron estrategias de carácter interpersonal y grupal, mediante procedimientos para fomentar el apoyo social en el trabajo, específicamente por los compañeros; se desarrolló en 4 sesiones. Se utilizó un sistema de apoyo estructurado en los siguientes pasos: selección de un compañero, identificación de la necesidad de la relación de ayuda, apoyo emocional, construcción de la relación de apoyo, evaluación de la naturaleza de la relación establecida, efectividad del apoyo, considerando el apoyo social en el trabajo desde una perspectiva interpersonal, orientada a la obtención de apoyo social como integración al grupo, el apoyo emocional informal entre compañeros como ayuda percibida. Se evaluaron la calidad de la relación, la satisfacción con el apoyo recibido y la efectividad de la relación construida.

Fase 4: introducción en la práctica de las habilidades desarrolladas. Tuvo una duración de dos meses a razón de una sesión mensual. Las sesiones de refuerzo se realizaron en las salas de Oncología donde laboraban los sujetos de forma cotidiana. El objetivo fue reforzar incidentalmente la generalización de las habilidades desarrolladas y verificar su introducción en la práctica. Las técnicas utilizadas fueron las descritas en las estrategias de mantenimiento y generalización del desarrollo de habilidades. Para ello se asignaron pequeños grupos de sujetos a cada miembro del equipo profesional que conducía la intervención, para mantener la asesoría ante situaciones nuevas en el ámbito laboral y para reforzar las

habilidades trabajadas en taller. Al finalizar el Programa se realizó un análisis grupal para valorar la apreciación de los sujetos respecto a las expectativas iniciales, usando una escala de 0 a 10, donde “0” es el menor grado de cumplimiento de las expectativas iniciales relacionadas con los beneficios del programa de intervención y “10” es el máximo cambio alcanzado. Para ello se exploraron las mismas frases que fueron utilizadas al inicio: “espero aprender a controlar el estrés que me produce mi trabajo”, “mejorar mi salud”, “tener logros profesionales” y “relacionarme mejor con mis pacientes, familiares y compañeros”.

Método cualitativo: análisis de contenido de los datos obtenidos de la evaluación del desarrollo y seguimiento de las sesiones y establecimiento de las regularidades del trabajo grupal (guía de observación, anexo 1).

La intervención en grupos supone la existencia de particularidades en su dinámica y funcionamiento. Por ello, aunque a nivel general se observaron regularidades, también se observaron elementos distintivos entre los sujetos. Las regularidades a nivel grupal fueron: armonía, apoyo mutuo e integración, en la primera sesión prevaleció la catarsis relacionada con la identificación de los factores laborales que les afectaban, entre ellos el mayor consenso estuvo relacionado con la sobrecarga laboral y la complejidad de las relaciones interpersonales. Se realizaron los análisis necesarios para buscar la cohesión en cada una de las sesiones, alcanzándose la participación voluntaria y consciente de todo el grupo. A nivel individual las regularidades fueron las dificultades para concentrarse a la hora de realizar la ejercitación de la técnica de relajación y la participación activa y dispuesta en los juegos de roles. Se trabajaron las diferencias individuales y se logró la integración funcional de cada sujeto al grupo, ya que era indispensable el ensayo conductual de cada sujeto.

El cumplimiento de los objetivos de las diferentes sesiones se evaluó con escala análogo visual de 0 a 10, donde “0” expresó el mínimo cumplimiento de los objetivos y “10” el máximo cumplimiento. Se consideró cumplimiento adecuado si los objetivos fueron evaluados en un nivel superior a los 7 puntos por cada uno de los sujetos. No obstante, los sujetos que presentaron dificultades para alcanzar los objetivos fueron sometidos a un trabajo más individualizado, donde prevaleció la ejercitación de las habilidades en déficit. Al terminar cada sesión se dejó trabajo independiente, con el objetivo de que los sujetos ejercitaran en la práctica cotidiana y en su hogar las habilidades trabajadas en taller. Al inicio de cada sesión se comenzó por el control y seguimiento de las actividades independientes que se dejaron en la sesión anterior. Con el objetivo de amenizar, instruir y motivar la reflexión grupal, al terminar cada sesión se utilizaba una fabula o cuento relacionado con el desarrollo humano.

El *análisis de contenido* de los datos obtenidos a través del monitoreo de los estilos de afrontamiento como variable distintiva de la intervención emanaron de la guía de observación, anexo 1. El eje axial de la intervención fue el desarrollo de habilidades para mejorar o hacer más eficaces los afrontamientos a diferentes estresores, en los ámbitos laboral, personal y social. Por tanto, los mejores indicadores de la eficacia interna de la intervención se centraban en el cambio de los estilos de afrontamiento. Los afrontamientos son estrategias cognitivas y conductuales, constituyen un proceso cambiante, por lo que el individuo debe contar con un variado arsenal de estilos. En determinados momentos, se utilizan afrontamientos defensivos y/o pasivos y otras veces afrontamientos dirigidos directamente a la solución del problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno. Cada proceso de afrontamiento tiene aplicaciones distintas para la emoción, no sólo en lo que respecta a la eficacia con que se afronte la situación problemática, sino también en lo que hace referencia a la regulación directa de la emoción mediante la negación, el distanciamiento, la redefinición de la situación, etc. De ahí que en esta intervención se haya dedicado especial atención al seguimiento de los cambios ocurridos en los estilos

de afrontamientos, en cada uno de los sujetos, durante las diferentes sesiones de trabajo. La escala utilizada para catalogar los estilos de afrontamientos fue: “eficaz”, “parcialmente eficaz” e “ineficaz”. De esta manera, se constató en cada sujeto la incorporación de respuestas más eficaces ante disímiles situaciones laborales (Esquema General del Programa de Intervención, anexo 2).

Grupo Control: no estuvo sometido a ninguna influencia externa. Los sujetos se mantuvieron bajo las condiciones habituales o tradicionales de la institución (clima, cultura, organización, contenidos del puesto, turnos de trabajo, características de la tarea, relaciones interpersonales y apoyo social, etc.).

Variable independiente: Programa dirigido a reducir los niveles del SDP y sus efectos negativos en enfermero(a)s que trabajan en hospitales de Oncología y que presentaron indicadores de desgaste profesional. Se trata de un sistema de acciones dirigidas a incrementar los conocimientos y desarrollar habilidades específicas para afrontar de manera eficaz los estresores provenientes del ámbito laboral, social y personal. Este Programa se orientó hacia la apropiación por parte de los sujetos de recursos y técnicas para modificar los estilos de afrontamientos, mediante el desarrollo de habilidades para solucionar problemas laborales de “Enfermería en Oncología” y también de la vida cotidiana, manejar el tiempo de forma más eficaz, comunicarse más asertivamente con los pacientes, los familiares, compañeros de trabajo y jefes, así como para buscar apoyo social y controlar mejor el estrés laboral, aprendiendo a relajarse, entre otras medidas.

Variables dependientes: las correspondientes al SDP y sus dimensiones, los factores laborales y personales, variables socio-laborales de las sub-escalas de antecedentes del CBB (características de la tarea, tedio y organización), los niveles globales de satisfacción laboral, la presencia de síntomas de

estrés, las variables relacionadas con la sub-escala “consecuencias” (CBB): síntomas o padecimientos, relaciones interpersonales con la familia y amigos y rendimiento en el trabajo.

Variables de control: antes de iniciar la intervención se corroboró que los grupos experimental y de control fueran comparables respecto a variables laborales, personales y también con relación a los niveles de afectación por el SDP, así como sus consecuencias, para garantizar la homogeneidad de los grupos. Dada su importancia para la validez interna de la investigación, durante la fase experimental se controlaron variables organizacionales en los dos grupos (clima, cultura y organización del trabajo, etc.) intentando la mayor homogeneización posible, se trató de no generar cambios en las relaciones interpersonales y el apoyo social entre compañeros y jefes (estas variables fueron controladas a través del trabajo directo con los administrativos de enfermería institucional y las visitas no observadas a las salas de trabajo donde realizaban sus tareas los sujetos en estudio).

Se controló también que estos sujetos no participaran en cursos de postgrado ni eventos durante este período. Se realizaron chequeos de control (observación no observada) en las áreas prácticas habituales de los sujetos, tanto para los del grupo experimental como para los del grupo de control. Se midieron las mismas variables después de terminar el experimento en los dos grupos.

Los criterios de inclusión en este tercer estudio fueron: a) puntuar en el “nivel medio” y/o en el “nivel alto” del síndrome; b) dar el consentimiento para participar; c) estar trabajando en el período de tiempo de la intervención y no presentar impedimentos para ausentarse durante la misma; d) no presentar trastornos psíquicos que dificulten la participación en el experimento. Se consideraron excluyentes aquellos que: a) no se encontraban afectados por el SDP; b) tenían altas posibilidades de ausentarse durante el tiempo estimado para el experimento; c) no trabajan en las instituciones seleccionadas.

Cuadro 3: Características metodológicas del estudio experimental dirigido a evaluar la eficacia del Programa de intervención

Objetivo al que responde	N	Tipo de estudio	Instrumentos	Técnicas estadísticas
Objetivo no. 4	63	Experimental en dos grupos paralelos Grupo Experimental: 20 sujetos del INOR y 11 sujetos del “María Curie” Grupo Control: 20 sujetos del INOR 12 sujetos del “María Curie”	Cuestionario Breve de <u>Burnout</u> (CBB) Ficha de datos generales Escala análogo-visual para satisfacción laboral global Inventario de Síntomas de Estrés (ISE)	<u>Test de Kolmogorov-Smirnov</u> con la corrección de <u>Lilliefors</u> y el test de <u>Shapiro-Wilk</u> . <u>Test T de Student</u> para 2 muestras independientes y test de <u>Levene</u> de homogeneidad de varianzas <u>Test U de Mann-Whitney</u> Análisis multivariado: técnica de <u>CHAID</u> , la detección de interacciones se hizo con la técnica chi-cuadrado de máxima verosimilitud y regresión logística

Como *indicadores de eficacia* se analizaron los cambios en las puntuaciones de las variables (disminución de los niveles y dimensiones antes vs. después del experimento y de forma evolutiva): a) disminución de los niveles a partir de las puntuaciones globales y por dimensiones, así como en las sub-escalas del CBB que evalúan “antecedentes” y “consecuencias” del síndrome; para las variables “nivel de satisfacción” y “síntomas de estrés” se tuvieron en cuenta los siguientes indicadores de cambio: b) Nivel global de satisfacción igual o mayor que 2 unidades en relación con la medida anterior al experimento (estimado en una escala análoga visual de 0-10), y; c) disminución de las manifestaciones de estrés en el ISE en, al menos, 2 de los 5 ítems sintomáticos que habían sido anteriormente detectados como frecuentes y que puntuaban en la segunda aplicación a nivel de las escalas “nunca”, “ rara vez” u “ocasionalmente”, o de 3 síntomas de los que habían sido detectados en un movimiento de, al menos, 2 escalas (por ejemplo, 2/5 síntomas que pasen de “siempre” a “frecuentemente” o de “muy frecuente” a “ocasionalmente”).

Paso 3: Evaluación post-experimental

A los tres meses de terminar el Programa se realizó la evaluación post-intervención con los mismos instrumentos utilizados en la fase diagnóstica. Esta sesión se realizó durante dos horas de duración en el local donde se llevaron a cabo los talleres; el local cumplía con las condiciones adecuadas de privacidad, iluminación y ventilación para proporcionar un clima de tranquilidad y concentración.

2.4- Instrumentos de evaluación

El Inventario de Burnout en Servicios Humanos de Maslach (MBI-HSS) se utilizó para profundizar en el diagnóstico de las dimensiones del síndrome contrastándolo con los resultados alcanzados con el CBB, que fue el instrumento usado para la estimación de la magnitud del SDP, el MBI es un instrumento válido y fiable y con una alta aceptación internacional^{19,31,143,187}; en los últimos años se han encontrado algunas debilidades psicométricas, pero hasta la fecha ninguna ha invalidado su uso^{19,143}. La puntuación es el resultado de la sumatoria de los grados de frecuencias anotados en los elementos de cada escala, cuyas puntuaciones directas máximas se especifican al lado de cada dimensión (ver anexo 3).

Escala	Dimensión	Items	PD máxima
AE	Agotamiento emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	54
DP	Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	30
RP	Falta de realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	48

Desde la perspectiva del diagnóstico epidemiológico, las dimensiones fueron consideradas como variables continuas, las puntuaciones de los sujetos de acuerdo con las recomendaciones de las autoras se realizan mediante un sistema de percentiles para cada escala: por encima del tercil 66,67 %

se incluyen en la categoría “Alto”, entre el tercil 33,33 % y el 66,67 % en la categoría “Moderado” y por debajo del tercil 33,33 % en la categoría “Bajo”. Para el caso específico de esta investigación se decidió usar la técnica de clusters (ver características de esta técnica en el cuadro 1).

El “Cuestionario Breve de Burnout” (CBB) fue elaborado en España a partir del Inventario de Burnout de Maslach. La literatura revisada y la experiencia de su autor principal, el Dr. Bernardo Moreno, indican que para su elaboración se utilizaron las escalas originales del MBI-HSS, encontrándose coincidencia en su estructura trifásica, lo que ratifica su validez de constructo y su fiabilidad^{71,73,87,89-91,143,173,255,293}. El CBB permite la evaluación global y por dimensiones, así como la medición de variables “antecedentes” y las “consecuencias”. (Ver anexo 4). Debido a que ambos instrumentos fueron elaborados o adaptados en España y que en el momento de la recolección de datos no se disponía de suficiente experiencia en Cuba, se decidió realizar su adaptación lingüística y una validación de contenido siguiendo los criterios de Moriyama (ver anexo 5). En general los aspectos relacionados con la validez de estos instrumentos fueron analizados en el diseño metodológico de la investigación. Las puntuaciones se determinaron a partir de la siguiente clave (ítems subrayados puntúan al revés):

Escalas de Dimensiones:	Ítems
AE = Agotamiento emocional	1, 7, <u>15</u>
DP = Despersonalización	3, 11, 18
RP = Falta de realización personal	5, 12, 19
Sub-escala de “Antecedentes”:	
CT = Características de la tarea	<u>2</u> , 10, <u>16</u>
T = Tedio	6, 14, 20
O = Organización	<u>4</u> , <u>8</u> , <u>9</u>

Sub-escala de “Consecuencias”: 13, 17, 21

Los valores primarios se determinaron de forma teórica de acuerdo a las puntuaciones medias en cada una de las dimensiones, siguiendo las recomendaciones de los autores: puntuación media inferior a 3- “Bajo”, puntuación media superior a 3- “Medio” y puntuación media superior a 4 “Alto”, esta clasificación es equivalente a “no afectado”, “moderadamente afectado” y “muy afectado”.

En el caso de la Escala Estilos de Afrontamiento (Anexo 6) y los Inventarios de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) (Anexo 7) y de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) (Anexo 8), fueron elegidos al revisar la literatura nacional disponible, ya que los mismos habían sido utilizados en diversas investigaciones precedentes y se conocían sus propiedades^{125,310,311}. El Inventario Síntomas de Estrés (ISE) (Anexo 9) es una versión del Instituto de Oncología y Radiobiología (INOR-2, 1998), como adaptación de la versión mexicana creada en la Universidad Autónoma de México a partir del inventario original “Checklist Symptom Stress”^{73,87,89}; es un inventario descriptivo que tiene en cuenta 42 síntomas de estrés en 6 categorías de frecuencia: “nunca”, “rara vez”, “ocasionalmente”, “frecuentemente”, “muy frecuentemente” y “siempre” y registra enfermedades diagnosticadas en los últimos 12 meses.

El Inventario de Puntos de Vistas Personales (PVP) (Anexo 10) evalúa la Personalidad Resistente, es una versión española del cuestionario original elaborado por Kobasa en 1982^{206,212}, se realizó una adaptación lingüística y una validación de contenido por criterios de expertos⁷⁹. El Cuestionario de Orientación ante la Vida (COV) (Anexo 11), es una versión española del cuestionario original (OLQ) elaborado por Antonovsky en 1987^{210,212}, también se realizó una adaptación lingüística y una validación de contenido por criterios de expertos⁷³. Para evaluar la satisfacción laboral global se confeccionó una sencilla Escala Análoga Visual de 0-10, donde “0” es la mínima satisfacción laboral percibida y “10” es

la máxima. Los datos generales (personales y laborales) fueron recogidos en una Ficha de Datos Generales (Anexo 12) especialmente elaborada.

La información recogida por criterios de expertos fue procesada para su almacenamiento y análisis. El procesamiento de los datos se realizó mediante el procedimiento de análisis temático y estadístico. En general, los resultados de la literatura internacional, los estudios exploratorios realizados en Cuba usando el CBB^{21,71,73,89-91} y los resultados del estudio que validan aspectos relacionados con los contenidos y validez de los cuestionarios MBI^{141,231,312-314} y CBB^{73,143}, ratifican que estos instrumentos eran adecuados para la fase de diagnóstico.

2.5- Procesamiento de los datos

El procesamiento estadístico de los datos en los estudios descriptivo y analítico ha sido detallado al caracterizar metodológicamente los dos primeros estudios. No obstante, es necesario aclarar que se utilizaron diferentes técnicas estadísticas para la comparación de poblaciones en dependencia del nivel de medición de las variables. Se emplearon tests como chi-cuadrado y V de Cramer, que pretende corregir el valor del chi-cuadrado por las dimensiones de la tabla y el volumen total de la muestra y se utilizaron análisis de varianza. El enfoque multivariado fue realizado a través de la técnica CHAID, con el objetivo de estudiar las relaciones entre diferentes variables. En todos los tests de hipótesis se consideraron resultados significativos si la significación es menor que 0.05 y altamente significativos si era menor que 0.01 (medianamente significativa si es menor que 0.10). Particularmente útil fue la técnica CHAID para analizar las variables que podrían haber influido de forma interactiva con los niveles del síndrome. Se analizó el riesgo relativo de estar afectado en relación a la muestra en general, representativa de la población de enfermeras y enfermeros de los 3 hospitales. Se consideró que un

grupo tiene más riesgo si su riesgo relativo es significativamente mayor que 1 y que está protegido si su riesgo relativo es significativamente menor que 1.

Para ordenar metodológicamente el procesamiento estadístico del estudio de experimental y facilitar su comprensión, el mismo se dividió en 4 partes: 1) Análisis de las variables generales y de carácter epidemiológico y laboral que podrían ser condicionantes o modificadoras de riesgo de desarrollar el SDP (comparación entre grupos); 2) Estudio experimental del SDP, antes y después de la intervención; 3) Análisis de variables laborales que podrían haber cambiado durante el experimento y su posible incidencia en la evolución del síndrome; 4) Estudio antes-después de las posibles consecuencias del SDP y del nivel de satisfacción laboral. En la primera parte se estudiaron variables generales que supuestamente no debieron haber cambiado durante el experimento. El objetivo del procesamiento estadístico era demostrar que los grupos (Experimental y Control) difieren poco, o sea, que ambos eran suficientemente similares antes de la intervención. Se pretendía detectar si existía alguna variable respecto a la cual un grupo pudiera tener una ventaja potencial sobre el otro, para llevar un control más estricto de tal variable. Las técnicas estadísticas realizadas en esta parte del procesamiento fueron pruebas de comparación de muestras independiente (comparación entre el Grupo Experimental y el Grupo de Control).

En la segunda parte del procesamiento se responde al objetivo de la intervención, desde el punto de vista del diseño experimental que supone un esquema de comparación de poblaciones: comparación inicial de los grupos experimental vs. control, comparación final de los grupos experimental vs. control, comparación evolutiva del grupo experimental, para demostrar que los cambios antes–después ocurrirían como tendencia a nivel de individuos y no fueran simplemente cambios promedios del grupo experimental, comparación evolutiva del grupo control para exhibir los posibles cambios antes–después

de este grupo. La tercera y cuarta partes del procesamiento responden a tareas complementarias, y como se trata de variables que pudieran cambiar entre grupos y dentro de cada grupo (antes–después), fueron sometidas al mismo principio metodológico de evaluación del esquema general de comparación de poblaciones de la segunda parte.

En cada una de las cuatro partes se han detallado las variables contrastadas (análisis univariado), y se ha finalizado con un enfoque multivariado complementario. En los estudios univariados, las técnicas estadísticas han dependido rigurosamente del nivel de medición de cada variable: se tuvo particular cuidado en seleccionar técnicas paramétricas o no paramétricas, en dependencia de si las variables tenían o no distribución normal y del tipo de escala en que se medía cada variable. En los estudios multivariados, la variable a predecir es discreta (por ejemplo, el grupo o la evolución del SDP); como estas variables son discretas, el tipo de estudio depende más bien del nivel de medición de las variables y en este sentido, se distingue, en cada una de las partes del trabajo si las variables predictivas son solo discretas, o combinación de discretas y continuas. Por ejemplo, en las partes 1, 2 y 4 del procesamiento de la intervención, se utilizó la técnica de CHAID, propia para la predicción de valores de una variable dependiente a partir de variables predictivas discretas. La detección de interacciones se hizo sobre la base del chi-cuadrado de máxima verosimilitud. En estos análisis, la mejor forma de refrendar los resultados es a través de árboles de decisión.

En la parte 3, se utilizó la regresión por introducción sucesiva de variables, de acuerdo al chi-cuadrado de máxima verosimilitud, para compatibilizar sus resultados con los análisis multivariados de las partes anteriores del trabajo, obtenidos por la técnica CHAID. Además de tablas tradicionales, el análisis de los resultados incluyó la descripción e interpretación de las fórmulas matemáticas que permitían predecir la

evolución del SDP con más de un 90 % de confianza. Se utilizaron gráficos adicionales a las tablas cada vez que ellos pudieran ayudar a visualizar o interpretar los resultados.

2.6- Aspectos éticos de los estudios

Se le solicitó de forma escrita y verbal el consentimiento a cada enfermero(a) para participar en las investigaciones, aclarando que era totalmente voluntario, y que podían salir del estudio en el momento que lo considerasen. El completamiento de los instrumentos de medición fue de forma anónima, se utilizó un número de expediente solamente conocido por el investigador principal. No obstante, las tareas investigativas realizadas no implicaban afectaciones físicas, psíquicas ni laborales a los sujetos. Los resultados del diagnóstico se informaron sólo de forma global a los directivos de Enfermería de las instituciones. A estos directivos no se les comunicó la opinión individual de los sujetos respecto a aspectos administrativos ni a las relaciones interpersonales. A cada sujeto se le explicó de manera específica los resultados del diagnóstico para aumentar su conciencia hacia el problema. El Programa de intervención propuesto no implicó afectaciones éticas para los sujetos: se trató de incrementar los conocimientos y desarrollar habilidades para el control del estrés laboral y el propio síndrome; por lo tanto, sólo traería beneficios a los participantes. Se explicó también a algunos afectados que, por razón del diseño metodológico del experimento, fueron ubicados en el grupo de control, pero que podrían ser incluidos en un grupo de intervención posterior (Ver consentimiento informado en anexo 13).

CAPÍTULO 3: CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA. EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

El objetivo de este capítulo es analizar las características del Síndrome de Desgaste Profesional en el personal de Enfermería que trabaja en los hospitales cubanos de Oncología: magnitud del fenómeno, los factores de riesgo socio-laborales presentes en esas instituciones y que resultaron asociados al desarrollo del SDP, así como las cualidades y características personales de los enfermero(a)s que intervienen en dicho proceso, y también demostrar la eficacia del Programa de intervención propuesto.

3.1- Estudio 1: Magnitud del Síndrome de Desgaste Profesional en enfermero(a)s que trabajan en hospitales cubanos de Oncología

En la tabla 1 se presenta la magnitud del SDP según los niveles globales de afectación. Se puede observar que en el “nivel alto” se ubica el 44 % de los sujetos, en investigaciones extranjeras la prevalencia en profesionales sanitarios oscila entre 6,5 y 10 % o entre 5 y 15 %, según diversos autores^{14,17,18,21,31}. En general, la prevalencia más alta encontrada en otros países es hasta 28,2 %^{83,316-320}. En Cuba, estudios realizados en 287 médicos y enfermero(a)s de familia y de un hospital general clínico-quirúrgico de Ciudad de La Habana concluyeron que las cifras de prevalencia en todos los subgrupos formados por profesión, nivel de atención, género y sus respectivas combinaciones, fue siempre superior al 20 % y la más alta encontrada fue de 48,3 % en las mujeres de profesión médica⁹². Otro reporte indica una prevalencia aún más elevada en 822 médicos de familia de 13 provincias del país²⁵⁶.

Tabla 1: Niveles globales del Síndrome de Desgaste Profesional en enfermero(a)s que trabajan en los hospitales cubanos de Oncología, según el CBB

Niveles del Síndrome de Desgaste Profesional	No.	%
BAJO	52	36,4
MEDIO	28	19,6
ALTO	63	44,0
TOTAL	143	100,0

Las cifras encontradas en este estudio pudieran ser explicadas fundamentalmente a partir de dos razones, la primera se relaciona con las características de la profesión de “Enfermería Oncológica”, la segunda con el predominio del sexo femenino en la muestra estudiada (126 del sexo femenino vs. 17 del sexo masculino) y su influencia en la acumulación de roles, tareas laborales y otras tareas a realizar en el hogar^{72-74,99-101}.

Para profundizar en la estructura procesual del síndrome a través de sus dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal, se compararon los resultados obtenidos por los dos instrumentos. El análisis de varianza paramétrico mostró que las seis variables (las 3 dimensiones en cada instrumento) se diferencian significativamente (significación en todos los casos $0.000 < 0.05$). En el caso de las comparaciones de las dispersiones se observó que, en general, hay diferencias significativas en la variabilidad de la puntuación de las dimensiones. Se comprobaron los resultados con una prueba no paramétrica para confirmar la existencia de diferencias significativas $0.000 < 0.005$. Se ratificó que a medida que se incrementan los niveles de afectación por el SDP crecen el agotamiento emocional y la despersonalización y decrece la realización personal en el trabajo.

En general, a juzgar por los valores de las diferencias de las medias, entre los de “nivel bajo” y los de nivel “medio” lo que más distinguió el desgaste en estos trabajadores fue el agotamiento emocional y,

en segundo lugar, la falta de realización personal (medida por el MBI). Entre los de valores “medios” y los de valores “altos”, lo que más distinguió fue la falta de realización personal (medida por el CBB) y, en segundo lugar, la despersonalización. Estos resultados pudieran estar sugiriendo que como respuesta a los estresores laborales percibidos lo(a)s enfermeros(a)s que trabajan en hospitales cubanos de Oncología, desarrollaron síntomas de agotamiento emocional que posteriormente produjeron una disminución de la realización personal y, como consecuencia de su frustración, se produjo un distanciamiento de los pacientes y familiares, dando lugar a actitudes de despersonalización, esta pudiera interpretarse como un intento fallido de manejar los sentimientos persistentes de agotamiento emocional y de falta de realización personal, pudiendo ser éstas las características distintivas del SDP en estos profesionales.

Estos resultados subrayan, además, que el agotamiento emocional de esto(a)s enfermero(a)s puede ser medido indistintamente por cualquiera de los instrumentos (MBI o CBB). El CBB distingue mejor que el MBI las afectaciones por despersonalización, ya que reconoce las afectaciones moderadas, lo que había sido señalado por sus autores^{143, 173} y el MBI distingue mejor que el CBB las afectaciones por falta de realización personal. No obstante, el MBI continúa siendo el instrumento de elección para el diagnóstico epidemiológico del SDP en profesionales de servicios³¹²⁻³¹⁵, no así para el estudio del proceso de su desarrollo, de ahí que se recomiende el uso del CBB de manera conjunta con el MBI.

Los resultados son concordantes con los criterios de Leiter y Maslach y Lee y Asforth^{39,43,44,175}, que afirman que el proceso de desgaste profesional comienza con la aparición de síntomas de agotamiento emocional. En el caso del estudio de corte transversal de Leiter y Maslach^{41,43} en enfermeras, ellos concluyeron que la despersonalización es una dimensión intermedia entre el agotamiento emocional y la falta de realización personal (lo cual no se observa en esta investigación), mientras que en el estudio

longitudinal en trabajadores canadienses de servicio¹⁷⁵, la despersonalización y la falta de realización personal son consecuencia del agotamiento emocional. Los resultados pueden también interpretarse en base al modelo secuencial descrito por Gil-Monte, Peiró y Valcárcel¹⁵⁹, quienes afirman que éste proceso se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal y, paralelamente, altos sentimientos de agotamiento emocional, la despersonalización es interpretada como estrategia de afrontamiento. Debido a la disparidad de los resultados encontrados en estos estudios, surge la siguiente interrogante: ¿Estamos en presencia de un fenómeno que difiere según diversas variables, perfiles profesionales y contextos?

Este estudio concluyó que: a) el 44 % de los sujetos estudiados presentaron indicadores del SDP (puntuaciones en el “nivel alto”); b) el agotamiento emocional diferencia sensiblemente entre los tres grupos de sujetos de acuerdo al nivel de afectación en los dos instrumentos de diagnóstico; c) el CBB distinguió mejor que el MBI las afectaciones por despersonalización; d) el MBI distinguió mejor que el CBB las afectaciones por falta de realización personal; e) en la medida en que se incrementaron los niveles globales del SDP aumentó el nivel de agotamiento emocional y de despersonalización y se redujo la realización personal en el trabajo.

3.2 - Estudio 2: Factores de riesgo asociados al desarrollo del SDP en enfermero(a)s que trabajan en hospitales cubanos de Oncología. Asociaciones entre el SDP y sus consecuencias

3.2.1. Factores de riesgo sociolaborales asociados al desarrollo del SDP

En la tabla 2 se muestra la distribución de los niveles del SDP según institución (provincia). Obsérvese que los sujetos más afectados, tanto en cantidad como en el nivel de las afectaciones, se encontraban ubicados en el Hospital Oncológico “Conrado Benítez” de Santiago de Cuba. Los resultados

encontrados en lo(a)s enfermero(a)s del Instituto de Oncología y Radiobiología de Ciudad de La Habana y en los del Hospital Oncológico “María Curie” de Camagüey fueron similares en cuanto a la cantidad total de sujetos ubicados en el “nivel medio y alto”.

Tabla 2: Niveles del Síndrome de Desgaste Profesional según CBB y provincia donde se trabaja

Síndrome Desgaste Profesional		Provincias donde se ubican los Hospitales			Total
		C. Habana	Camaguey	Stgo. de Cuba	
Nivel Bajo	Cantidad % por provincia	26 60,5 %	25 61,0 %	1 1,7 %	52 36,4 %
Nivel Medio	Cantidad % por provincia	12 27,9 %	14 34,1 %	2 3,4 %	28 19,6 %
Nivel Alto	Cantidad % por provincia	5 11,6 %	2 4,9 %	56 94,9 %	63 44,1 %
Nivel Global	Cantidad % por provincia	43 100,0 %	41 100,0 %	59 100,0 %	143 100,0 %

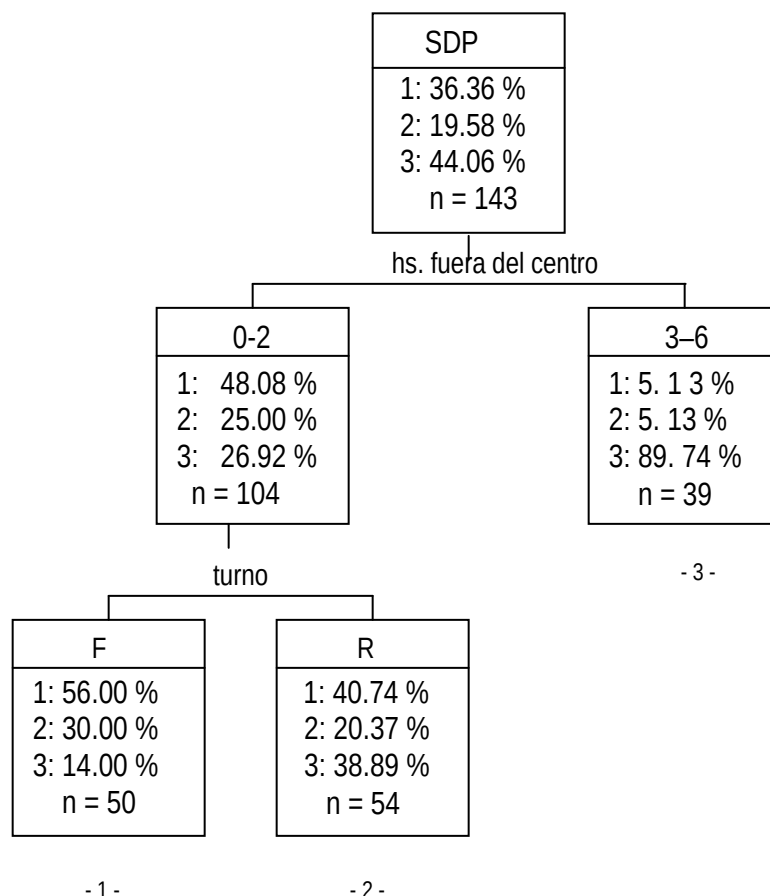
Chi-cuadrado de Pearson: Sig. (bilateral) = .000 < 0.05

Aunque este estudio no tuvo como objetivo explicar el porqué de las diferencias en la magnitud entre los centros, se infiere que podrían estar relacionadas con el hecho de que el SDP no es solamente un fenómeno individual, sino también grupal; son varios los mecanismos que pudieran llevar a los miembros de una institución a compartir sus afectos, generándose así un determinado clima emocional del grupo. La exposición a las mismas fuentes de estrés y su interpretación similar y a la vez distintiva en cuanto a singularidad de los sujetos, pueden favorecer la emergencia de emociones compartidas o no; las emociones con frecuencia se inducen a otros “por contagio”. Por otra parte, el papel del líder y de otras personas con ascendencia sobre los miembros del grupo juega también un papel significativo. Muchos otros factores organizacionales pudieran explicar estas diferencias; por lo que se debe continuar las investigaciones que esclarezcan estos resultados.

La sobrecarga laboral o cantidad de pacientes a cuidar fue una de las variables asociadas al SDP: la proporción de sujetos en el “nivel alto” es mayor entre los que atendían más de 30 casos (77,55 % vs. 26,90 %). Entre los que atendían un número menor de pacientes, el turno de trabajo fijo se convirtió en un protector marcado. En cuanto al turno laboral, el 75 % de los sujetos que puntuaron en el nivel “alto”, tenían turno rotativo, estos turnos han sido considerados factores de riesgo percibidos en el personal de Enfermería; ellos cobran importancia en el estudio de este fenómeno porque se encuentran relacionados con los sentimientos de agotamiento emocional y bajos sentimientos de realización personal en el trabajo^{42,181,182}. Estos resultados coinciden con los encontrados por otros investigadores, quienes afirman que el trabajo nocturno y rotativo se constituye en un estresor fuerte al mantener a los trabajadores aislados socialmente e interrumpir el ritmo normal de descanso y sueño³²¹.

El análisis multivariado identificó relación entre los niveles de afectación del SDP, las horas de “trabajo extra-laboral” y el turno de trabajo. Cuando se utilizó la variable “horas de trabajo fuera del centro” como predictora, que resultó ser significativa, el nivel de afectación distinguió entre los que realizaban otras tareas fuera de la jornada laboral por más de 3 horas (89,74 %) de los que realizaban, a lo sumo, 2 horas en otras tareas; pero, además, entre estos hay diferencias notables en dependencia del turno de trabajo: los que tenían turno fijo, además de trabajar menos fuera del centro, tenían menor afectación (ver figura 1). En la sub-tabla de esta figura y en el “árbol” correspondiente se distinguen tres segmentos, a partir de esta variable predictora: Segmento –1- compuesto por 50 sujetos que no realizaban “trabajo extra-laboral” (ninguno o hasta dos horas dedicadas a otras tareas) y tenían turno fijo, tenían mucho menos riesgo de desarrollar el síndrome (riesgo relativo = 0,76). Segmento –2- conformado por 54 sujetos que no realizaban “trabajo extra-laboral” (ninguno o hasta dos horas dedicadas a otras tareas), pero tenían turno rotativo, la proporción de casos es superior al segmento

Figura 1. Asociaciones entre el síndrome y el “trabajo extra-laboral” y su relación con el turno



Significado de variables:

Originalidad de variables:

SDP		Nivel de SDP		1: Nivel Bajo		2: Nivel Medio		3: Nivel Alto	
hs. fuera centro		Hs. de “trabajo extralaboral”		0-2: de 0 a 2 hs 3-6: 3 o más hs diarias dedicadas a otras tareas					
turno		Turno de trabajo		F: Fijo R: Rotativo					
id	count	score	Vars...						
- 1 -	50	1.58	hsfuera = 02	turno = F					
- 2 -	54	1.98	hsfuera = 0-2	turno = R					
- 3 -	39	2.85	hsfuera =3-6						
Id	size	% of all	score	index	Cum:size	% of all	score	index	
3	39	27.3	2.85	137	39	27.3	2.85	137	
2	54	37.8	1.98	0.95	93	65.0	2.34	113	
1	50	35.0	1.58	0.76	143	100.0	2.08	100	

anterior, pero similar y en todo caso menor que la población en general (riesgo relativo = 0,95).

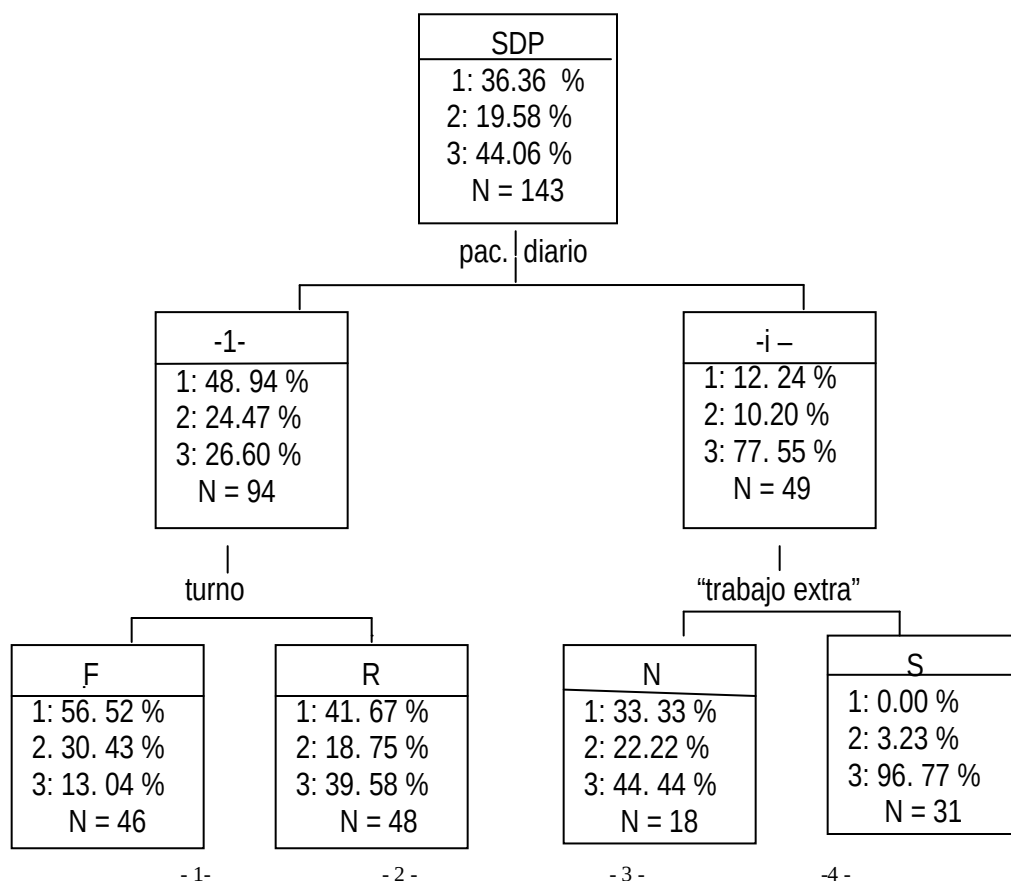
Segmento –3- compuesto por 39 sujetos que realizan “trabajo extra-laboral” (3 o más horas dedicadas a otras tareas). Tienen un riesgo de desarrollar el síndrome de 1,37 veces más que la población general.

Al estudiar la asociación entre el SDP y el número de horas de “trabajo extra laboral” se observó que el 55,6 % de los sujetos tenían sobrecarga laboral y “extra-laboral”. En el grupo de enfermero(a)s que atendían más de 30 pacientes los niveles de afectación fueron también mayores (77,55 % vs. 26,90 %). Aunque sólo la tercera parte (34,3 %) tenían un número de pacientes superior a 30, entre los ubicados en el “nivel alto”, hubo un 60,3 % de enfermero(a)s con sobrecarga en cuanto a pacientes a atender, con un chi-cuadrado de Pearson altamente significativo.

La influencia del turno de trabajo en dependencia del número de pacientes, aunque fue significativo en ambos grupos, fue particularmente relevante en los que atendían menos de 30 pacientes, porque había un mayor número de enfermero(a)s (94) y porque el turno de trabajo era un protector. Se estudió también la relación entre el número de pacientes a atender y el “trabajo extra-laboral”, encontrándose que de los 49 sujetos que atendían más de 30 pacientes diariamente habían 31 enfermero(a)s (63,3 %) que realizaban “trabajo extra-laboral” y se encontraban en el “nivel alto”, con proporción de “trabajo extra-laboral” mayor al 78,9 % (ver figura 2 y sub-tabla). Otra variable estudiada y considerada como “sobrecarga laboral” fue la (cantidad de horas trabajadas a la semana y cantidad de pacientes), se observó que en el grupo de enfermero(a)s ubicadas en el “nivel alto” más del 50 % trabajaban más de 48 horas semanales, de manera que pudiera considerarse que la extensión de la jornada laboral es un factor facilitador en el desarrollo del síndrome.

En cuanto a los niveles de afectación y su relación con el tiempo de interacción que mantenían con los usuarios (pacientes y familiares) y la interacción con el cargo, el análisis multivariado distinguió a los que interactuaban más del 75 % de su tiempo laboral de los que interactuaban menos del 75 %; lógicamente los más afectados se encontraban en el primer grupo. Resulta interesante el efecto modificador que ejerce el cargo administrativo, en un subgrupo al parecer como facilitador o “agravante”

Figura 2. Asociaciones entre el síndrome, la cantidad de pacientes y su relación con el turno y las horas de “trabajo extra-laboral”



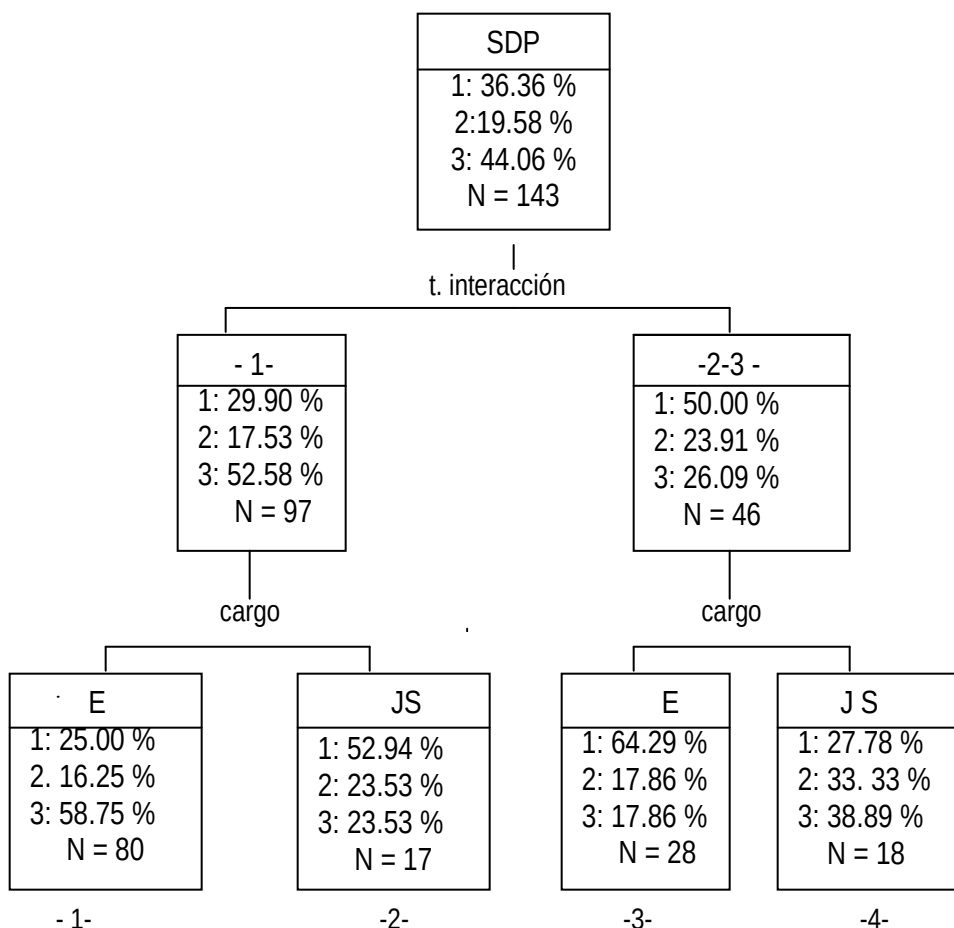
Significado de las variables

Significado de las variables								
SDP	Nivel de SDP	1: Nivel Bajo	2 : Nivel Medio	3: Nivel Alto				
pac. diario	No. Ptes. que atiende	1: menor a 30	i: 30 o más					
turno	Turno de trabajo	F: fijo R: rotativo						
trab extra	"Trabajo extralaboral"	(trabajo en casa)	N: No	S: Sí				
id	count	score	Vars...					
-1-	46	1.57	Pacdiario = 1 turno = F trabcasa = N					
-2-	48	1.98	Pacdiario = i turno = R trabcasa = S					
-3-	18	2.11						
-4-	31	2.97						
id	size	% of all	score	index	Cum:Size	% of all	score	index
-4-	31	21.7	2.97	143	31	21.7	2.97	143
-3-	18	12.6	2.11	102	49	34.3	2.65	128
-2-	48	33.6	1.98	95	97	67.8	2.32	112
-1-	46	32.2	1.57	75	143	100.0	2.08	100

y en el otro como “atenuante”. En efecto, entre lo(a)s enfermero(a)s que interactuaban más de un 75 % con pacientes y familiares aquellos que no tenían cargo (que son asistenciales), hay mayor proporción en el “nivel alto” (58,75 %), en relación con los que son Jefes de Sala (23,53 %). Por otra parte, entre los que tenían menor tiempo de interacción con pacientes, el cargo de Jefe de Sala fue un acentuador del riesgo. Aunque esta interacción debe seguir siendo investigada, se hace evidente que quienes tienen cargos de dirección a nivel asistencial desarrollan menos afectación cuando interactúan bastante tiempo con pacientes y familiares, quizás porque se preserva la satisfacción con la profesión, o porque el cargo denota desarrollo profesional, lo cual favorece la realización personal (ver figura 3 y sub-tabla).

Otros de los factores laborales estudiados se refieren a “factores antecedentes del contexto socio-laboral”. Se determinó la posible asociación entre los niveles del SDP y las variables de la sub-escala “características de la tarea” (que evalúa implicación e identificación con el trabajo, clima y ambiente laboral y retro-información), así como las posibles asociaciones con la variable “tiempo de interacción”, encontrándose que no hay diferencias significativas en las desviaciones típicas o varianzas (F de Fischer: $0.716 > 0.05$). Sin embargo, existe diferencia significativa en las medias (significación T de Student: $0.006 < 0.05$). Para evitar el cuestionamiento en la normalidad de esta variable se realizó el procesamiento con técnicas no paramétricas, encontrándose los mismos resultados (significación U de Mann-Whitney: $0.006 < 0.05$). Así, lo(a)s enfermero(a)s que interactuaban con sus pacientes y familiares el 75 % o más de su tiempo de trabajo reflejaban puntuaciones promedio más altas en “características de la tarea” que quienes interactuaban menos tiempo. Estos resultados potencian el valor de esta escala como “antecedente” y demuestran la multiplicidad de factores de riesgo que intervienen en el proceso de desgaste profesional^{19,31,322-327}. Con respecto a las variables (sub-escala)

Figura 3. Asociaciones entre el síndrome, el tiempo de interacción con paciente y el cargo



Significado de las variables:

Origen de las variables:

SDP	Nivel del SDP		1: Nivel Bajo 2: Nivel Medio 3: NivelAlto	
t.interacción	Tiempo de interac. con pacientes		1: 75% o más 2-3: Menos del 75%	
Cargo	Cargo del enfermero(a)		E: Enf. asistencial JS: Jefe de Sala	

id	count	score	vars...	
-1-	80	2.34	tiempint=1	cargo=E
-2-	17	1.71	tiempint=1	cargo=JS
-3-	28	1.54	tiempint=23	cargo=E
-4-	18	2.11	tiempint=23	cargo=JS

Id	Size	% of all	score	index	Cum: size	% of all	score	index
1	80	55.9	2.34	113	80	55.9	2.34	113
4	18	12.6	2.11	102	98	68.5	2.30	111
2	17	11.9	1.71	82	115	80.4	2.21	106
3	28	19.6	1.54	74	143	100.0	2.08	100

del CBB “tedio” y su interacción con el síndrome y otras variables laborales no se encontraron diferencias significativas. Este resultado pudiera estar apuntando a que, dadas las características de los

enfermos con cáncer y sus familiares, lo(a)s enfermero(a)s no valoraban su trabajo como monótono ni repetitivo. Para la variable de la sub-escala “organización”, que evalúa el apoyo social percibido como antecedente en su interacción con otras variables laborales tales como: extensión de la jornada laboral, “trabajo extra-laboral” (cantidad de horas de dedicadas al cuidado de la familia y el hogar), el turno de trabajo y el cargo que ocupa, las asociaciones en el modelo de análisis de varianza resultaron significativas, sobre todo, las horas de trabajo semanales (significación 0.004) y el turno de trabajo (medianamente significativo: $0.077 > 0.05$, pero < 0.10). En general, se encontró que el valor de la sub-escala de “organización” es más alto como promedio entre los sujetos que trabajaban más horas a la semana, lo cual avala los resultados anteriores; por otra parte, a mayor cantidad de horas dedicadas al cuidado de la familia y el hogar, más antecedentes referidos a “organización”, lo que coincide con mayor afectación del síndrome. Se observó que ésta sub-escala tenía un promedio más alto en el grupo que trabajó en turnos rotativos. Esto puede ser consecuencia de que en los turnos rotativos (fundamentalmente en los turnos de noche), la falta de apoyo es aún mayor. También se estudio la posible relación entre los niveles del SDP y el tiempo de experiencia profesional no encontrándose diferencias significativas.

En resumen, los resultados encontrados en esta tarea demostraron que: a) la mayor cantidad de enfermeros(a)s que puntuaron en el “nivel alto” fueron los del Hospital Oncológico de Santiago de Cuba; b) los más afectados trabajaban en turnos rotativos (75 %); c) los que dedicaron más de 3 horas a la realización de otras tareas fuera del centro (cuidado de la familia e hijos) tenían 1.37 más riesgo de desarrollar el SDP que la población general; d) existió mayor afectación en los que interactuaron con pacientes y familiares más del 75 % de su tiempo laboral; e) la tercera parte de los que cuidaban más de 30 pacientes diariamente se ubicaron dentro de los más afectados, el 60 % tenían esta sobrecarga;

los que atendieron muchos pacientes y que además dedicaron muchas horas al cuidado de la familia tuvieron 1.43 veces más riesgo de desarrollar el SDP que la población; f) el 50 % de los sujetos más afectados trabajaron más de 48 horas semanales; g) el cargo ejerció un efecto modificador del riesgo de desarrollar el síndrome (cuando los Jefes de Sala interactuaban con los pacientes más de un 75 % de su jornada el cargo tuvo una función protectora); h) las puntuaciones en la sub-escala “características de la tarea” fueron superiores en los que interactuaron más tiempo con pacientes y familiares; i) la sub-escala “organización” adquirió valores más alto en los que tenían turnos rotativos y estaban más afectados, así como en los que realizaron más tareas “fuera del centro”; j) los que dedicaron menos de 2 horas al cuidado de la familia y el hogar y que tenían turnos rotativos, se encontraban más afectados, pero menos que la población general de Enfermería (riesgo: 0.95); lo(a)s enfermero(a)s con menor riesgo relativo fueron aquellos(a)s que dedicaron pocas horas al cuidado de la familia y el hogar y que tenían turno de trabajo fijo; el riesgo de los que atendieron pocos pacientes y tenían turnos fijos fue menor: 0.75.

3.2.2. Factores de riesgo de carácter sociodemográfico que intervienen en el desarrollo del SDP

Con respecto a la variable edad, la media general fue de 36,96, la máxima fue de 63 años y la mínima de 22 años. No existieron diferencias en las medias, ni en las desviaciones típicas según niveles de afectación. La prueba de homogeneidad de varianza mostró que no existían diferencias significativas en la variabilidad de la edad ($0.854 > 0.005$). El análisis de varianza mostró que no hay diferencias en la media ($0.159 > 0.05$). Por tanto, el nivel de afectación por el SDP no parece distinguirse por la edad, al menos en este estudio. El sexo masculino fue el menos frecuente en la muestra de sujetos estudiados ($N = 17$) respecto al femenino ($N = 126$); esta distribución refleja la conocida proporción en la profesión del sexo femenino. Desde la perspectiva de género, estas características específicas de Enfermería

explican de alguna manera la alta vulnerabilidad de estos profesionales, por la acumulación de roles en las mujeres, con el estrés resultante. La significación de la contingencia del sexo respecto a los niveles del SDP fue: $0.102 > 0.05$. Similares resultados se encontraron con relación al estado civil. Se realizó un análisis multivariado para estudiar la interrelación del SDP con variables socio-demográficas: el estado civil, la escolaridad, los estudios realizados y la tenencia de hijos y la experiencia profesional, la variable más significativamente asociada fue el último año de estudios realizados.

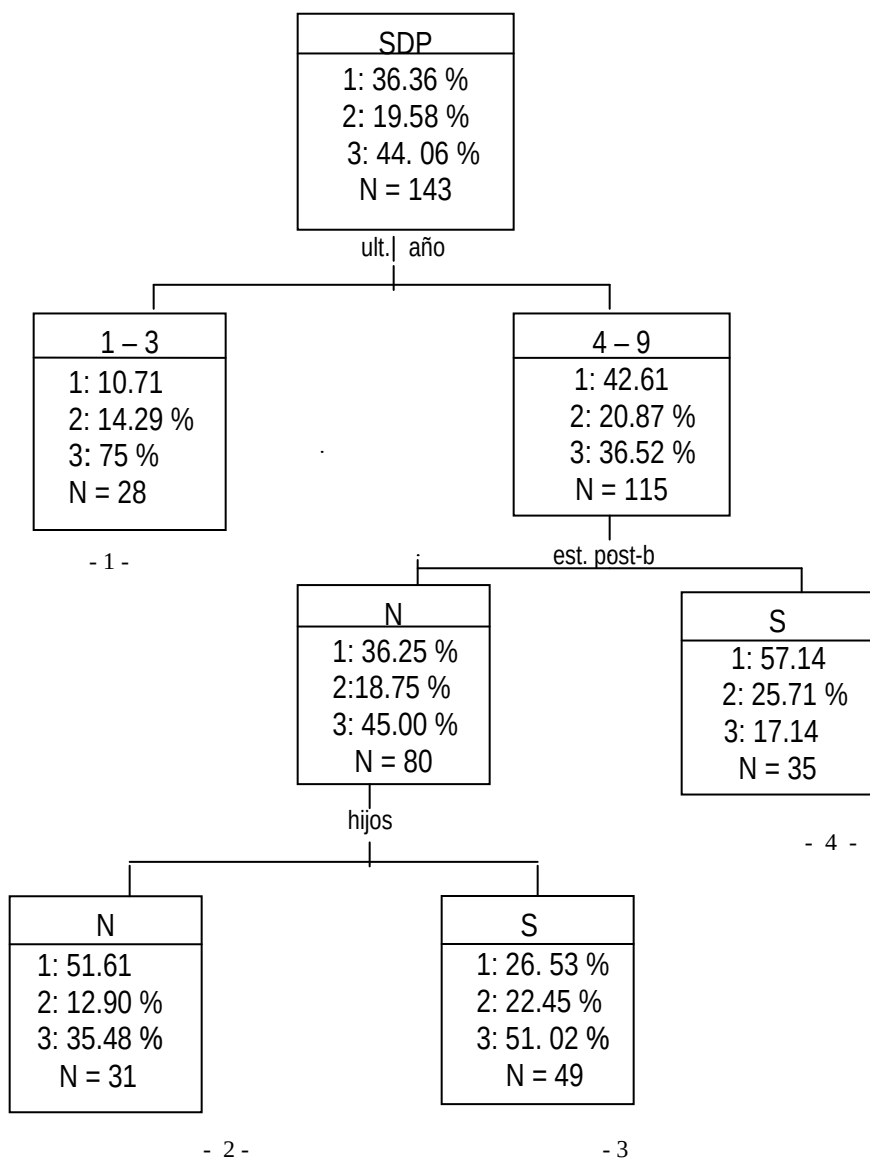
Esta variable predictiva fue especialmente importante cuando se distinguían los casos con menos y más de 12º. grado: se comprobó que de 28 enfermero(a)s con escolaridad menor de 12º. grado, el porcentaje de “muy afectados” fue mayor que en la población general (75 %), mientras que entre los 115 enfermero(a)s que tenían por lo menos nivel preuniversitario, el porcentaje de afectación severa fue mucho menor: 36 %. La técnica CHAID (figura 4) encontró que entre los que tenían mayor grado de escolaridad, hubo también diferencias en el nivel de afectación en dependencia de otras variables predictivas (estudios post-básicos): de estos 115 sujetos 80 no habían tenido estudios post-básicos y presentaron un mayor nivel de afectación del SDP (45 % de “nivel alto”). Los 35 restantes, que además de tener 12º. grado tenían estudios post-básicos presentaron un nivel de afectación menor: sólo el 17,14 % estaba en el “nivel alto”. Así, la técnica CHAID encontró que los estudios post-básicos se podrían considerar como protector adicional a la escolaridad. Por otra parte, dentro del subgrupo que tenía 12º. grado o superior y no tenían estudios post-básicos, la existencia de hijos fue un modificador del riesgo: entre los 31 casos sin hijos, 35,48 % estaban en el “nivel alto”, mientras que entre los 49 casos que tenían hijos, se elevó a 51,02 %. La técnica CHAID divide así la población estudiada en cuatro segmentos: Segmento –1- Compuesto de 28 enfermero(a)s con nivel escolar inferior a 12º. grado; el 75 % estaban en el “nivel alto”. Segmento –2- Compuesto por 31 sujeto, enfermero(a)s con

escolaridad preuniversitaria, sin estudios post-básicos y sin hijos; el 35,48 % estaban en el “nivel alto”. Segmento –3- Compuesto por 49 enfermero(a)s con escolaridad preuniversitaria, sin estudios post-básicos pero con hijos; hubo un 51,02 % en el “nivel alto”. Segmento –4- Compuesto por 35 enfermero(a)s con escolaridad preuniversitaria, y estudios post-básicos; hubo un porcentaje mínimo de afectación: 17,07 %.

La última de las tablas complementarias en la figura 4 (adjunta al árbol) ordena los segmentos de acuerdo al score (nivel promedio de afectación), aquí los segmentos 1 y 3 fueron superiores (score superior a 2.08) mientras que los segmentos 2 y 4 lo tenían inferior; esto indica, desde el punto de vista de las variables que se analizan, el mayor riesgo de afectación relativo al total de la población estudiada (valor de riesgo multiplicado por 100). En cuanto a la tenencia de hijos se observó que en la población total había un 61,3 % de enfermero(a)s con alta escolaridad, sin estudios adicionales (post-básicos) que tenían hijos; pero dentro de los de “nivel alto” el porcentaje de casos con hijos fue mayor (69,4 %): chi-cuadrado medianamente significativo ($0.073 > 0.05$, pero < 0.10).

Este resultado pudiera estar relacionado con el aumento de tensiones por factores socioculturales típicos de la población femenina en el cuidado de los hijos⁷³. De las variables que se analizan, el mayor riesgo de afectación lo tuvieron lo(a)s enfermero(a)s con nivel escolar inferior a 12 grados y que tenían hijos (1.27 veces más riesgo), lo(a)s enfermero(a)s que tenían más de 12 grados y estudios post-básicos realizados y no tenían hijos estaban más protegidos contra el desgaste (riesgo relativo 0.77, menor que la población general bajo estudio). También se estudió la posible relación de los antecedentes patológicos familiares (APF) con el desarrollo del SDP, esta variable fue medida de acuerdo a la intensidad por tipos de parientes fueron valorados en los padres de esta forma; en ninguno de los padres como (1); en uno de ellos como (2) y en ambos como (3).

Figura 4. Asociaciones entre el síndrome, la existencia de hijos y los estudios realizados



Significado de las variables		SDP	1: Nivel Bajo		2: Nivel Medio		3: Nivel Alto	
ult.año	Ultimo año de estudios aprobados				1-3: Hasta 9no. grado		4-9 Más de 9no. grado	
est.post-b	Estudios Post-Básicos				N: No S: Si			
hijos	Si tiene hijos				N: No S: Si			
Id	count		score		Vars..			
-1-	28		2.64		ult.año = 1-3			
-2-	31		1.84		ult.año = 4-9	est.post-b = N		hijos prop = N
-3-	49		2.24		ult.año = 4-9	est.post-b = N		hijos prop = S
-4-	35		1.60		ult.año = 4-9	est.post-b = S		
Id	size	% of all	score	index	com.size	5% of all	score	index
-1-	28	19.6	2.64	1.27	28	19.6	2.64	127
-3-	49	34.3	1.84	108	77	53.8	2.39	115
-2-	31	21.7	2.24	89	108	75.5	2.23	107
-4-	35	24.5	1.60	77	143	100.0	2.08	100

Los APF en los hermanos fueron valorados como sigue: en ninguno de los hermanos como (1), en uno de ellos como (2), en dos o más como (3). Análogamente fueron valorados los APF en abuelos, hijos y otros parientes los padres como (1); en uno de ellos como (2) y en ambos como (3). Entre todas estas variables, la técnica de CHAID detectó como significativamente asociada a los niveles del SDP, la intensidad de los APF en los padres. Cuando existía APF en ambos padres, el porcentaje de enfermero(a)s en el “nivel alto” fue superior (56,90 %) al que hubo cuando los APF se localizaban en uno sólo de los padres o en ninguno (35,29 %). La presencia de APF en ambos padres hizo que estos enfermeros tuvieran 1.1 veces más riesgo; de hecho en la población total hubo un 44,6 % con APF en ambos padres, entre los “muy afectados” esta proporción se elevó a 52,4 %. El chi-cuadrado fue significativo: $0.038 < 0.05$. La multiplicidad de roles que confluyen en una misma persona ha sido señalado como un factor de riesgo, en el caso de la acumulación de roles trabajo-familia estos estresores se agudizan; la multiplicidad de demandas trabajo-familia puede desbordar los recursos personales, produciendo estrés secundario al rol de cuidador³²⁸⁻³³⁰. Estos resultados explican la relevancia de los factores de riesgo “extra-laborales” (cuidado del hogar y la familia), como agravante de los estresores laborales existentes⁹⁸.

En resumen, los principales resultados encontrados demostraron que: a) la edad, el sexo y el estado civil no fueron por sí mismos factores distintivos del SDP en lo(a)s enfermero(a)s estudiado(a)s; b) a mayor escolaridad, menores niveles del SDP, lo que lo convierte en un factor protector; c) la realización de estudios post-básicos se convirtió en un factor protector relativo en aquello(a)s enfermero(a)s con menor grado de escolaridad; lo que puede estar relacionado con el grado de preparación para las tareas laborales, ya que la atención adecuada a un paciente con cáncer exige de conocimientos y habilidades específicas; d) la existencia de hijos se convirtió en un factor de riesgo relativo, lo que

puede explicarse por factores socioculturales que incrementan la tensión en una población en la que abunda el sexo femenino; e) el mayor riesgo de afectación lo tuvieron lo(a)s enfermero(a)s con nivel escolar inferior a 12º. grado y que tenían hijos (1.27 veces más riesgo a desarrollar el síndrome); f) lo(a)s que con más de 12º. grado, con estudios posbásicos realizados y sin hijos propios, estaban más protegido(a)s contra el desarrollo del SDP: riesgo relativo 0.77, menor que la población general bajo estudio; g) lo(a)s enfermero(a)s que tenían ambos padres con APF tuvieron 1.1 veces más riesgo de desarrollar el síndrome que la población general.

3.2.3. Factores de riesgo de carácter psicosocial: emociones, afrontamiento y variables salutogénicas asociadas al desarrollo del SDP

La ansiedad ha sido una de las emociones más estudiadas en Psicología de la Salud¹²⁵. En esta investigación se determinó la ansiedad como rasgo de la personalidad de acuerdo a tres niveles: bajo, medio y alto. En la muestra general (n = 143) se encontró que no existía relación estadísticamente significativa entre la ansiedad-rasgo y los niveles del síndrome; de manera que hubo un grupo elevado de sujetos ubicados en el “nivel medio” y en el “nivel alto” que poseen bajo grado de ansiedad como rasgo de su personalidad¹⁵⁵. Téngase en cuenta que el rasgo de ansiedad se refiere a las diferencias individuales en la tendencia o propensión a experimentar emociones reactivas (estados de ansiedad). En consecuencia, al evaluar el SDP se debe tener en cuenta la valoración cognitiva que los sujetos hacen de los estresores, la significación de amenaza, y además, los estados emocionales y los rasgos de personalidad o diferencias individuales.

Si bien es cierto que los individuos con niveles altos en ansiedad-rasgo son mucho más vulnerables a sentirse evaluados por otros, debido a que pueden tener una pobre autoestima y falta de autoconfianza,

y por lo tanto, mantener un nivel de pensamiento dirigido hacia "temores de fracaso"¹²⁵, pueden influir como variables importantes el tipo de ansiedad personal (específica e inespecífica), el carácter limitante o no de las situaciones ansiógenas en función del sistema de necesidades de la persona, el tiempo de impacto de las situaciones amenazantes y la estructuración funcional de la personalidad^{125,155}. Resultó interesante que existía relación estadísticamente significativa (.000) entre los niveles del SDP y los niveles de ansiedad como estado. Más de la mitad presentaron un “nivel medio” de ansiedad como estado (n = 57) ubicándose en la categorías de “nivel medio” o “moderadamente afectados”. Otros 24 sujetos presentaron un “nivel alto”, clínicamente significativo (ver Tabla 3).

Tabla 3. Niveles de ansiedad-estado según nivel global del síndrome estimado por el CBB

Nivel global del síndrome	Niveles de Ansiedad-Estado			Total
	Bajo	Medio	Alto	
No afectado (Nivel Bajo)	36	15	1	52
Moderadamente afectado (Nivel Medio)	3	17	8	28
Muy afectado (Nivel Alto)	23	25	15	63
Total de sujetos	62	57	24	143

Como puede observarse, de los 52 sujetos que no se encontraban afectados por el SDP sólo 15 experimentaban un nivel medio de ansiedad-estado, mientras que la mayoría tenían un nivel bajo. Estos resultados hablan a favor de que la ansiedad-estado en los sujetos afectados por el síndrome constituye uno de los síntomas del estrés laboral y del propio desgaste profesional, ya que ellos se sienten continuamente amenazados, al no disponer de habilidades ni de estrategias de afrontamiento eficaces, lo que genera activación psicofisiológica y manifestaciones de ansiedad^{30,103,155}.

Recientemente el proceso de desgaste en profesionales de la salud se ha relacionado también con la disonancia emocional; la expresión de emociones neutras en estos profesionales es frecuente, cuando en realidad las sentidas son muy diferentes, lo que puede favorecer la aparición de la ansiedad^{333,334}.

La depresión fue otra de las emociones estudiadas. Se evaluó la depresión personal con el IDERE de acuerdo a tres niveles: bajo, medio y alto. En la muestra general (n = 143) no se observó relación estadísticamente significativa entre la depresión como rasgo de la personalidad y los niveles de afectación por el SDP, hubo un grupo elevado de sujetos ubicados en el “nivel medio” y en el “nivel alto” que poseen un bajo grado de depresión como rasgo. Aquí cabe el mismo análisis que se hizo para la ansiedad-rasgo: debe esperarse que la tendencia personal de los individuos a reaccionar con estados depresivos se distribuya con independencia del nivel de afectación del síndrome y constituye una condición intrínsecamente personal, que no se movería fácilmente por estrés o desgaste.

Resultó interesante observar que en el caso de la depresión como estado los resultados son similares a los encontrados en la ansiedad, ya que existía relación estadísticamente significativa (.000) entre los niveles del síndrome y los de depresión-estado, si bien la categoría “depresión alta” es menos frecuente que la “ansiedad alta”. Entre los ubicados en el “nivel alto” del SDP sólo 3 sujetos reportaban “alta” depresión, pero este grupo sí tenía el mayor número de sujetos con depresión-estado en nivel medio (ver tabla 4). Los datos permiten pensar en una tendencia a reaccionar con depresión-estado a medida que crece el nivel de afectación, lo cual tendría que ser verificado en el futuro. La ansiedad parece ser el síntoma más frecuente del síndrome en este personal, mientras que la depresión es más una consecuencia del fallo de afrontamiento eficaces cuando las demandas que afectan necesidades centrales para el sujeto son vivenciadas por él con sentimientos de incapacidad para responderlas, de acuerdo al modelo cubano basado en el enfoque personal del estrés^{125,155}.

Tabla 4. Niveles de depresión-estado según nivel global del síndrome estimado por el CBB

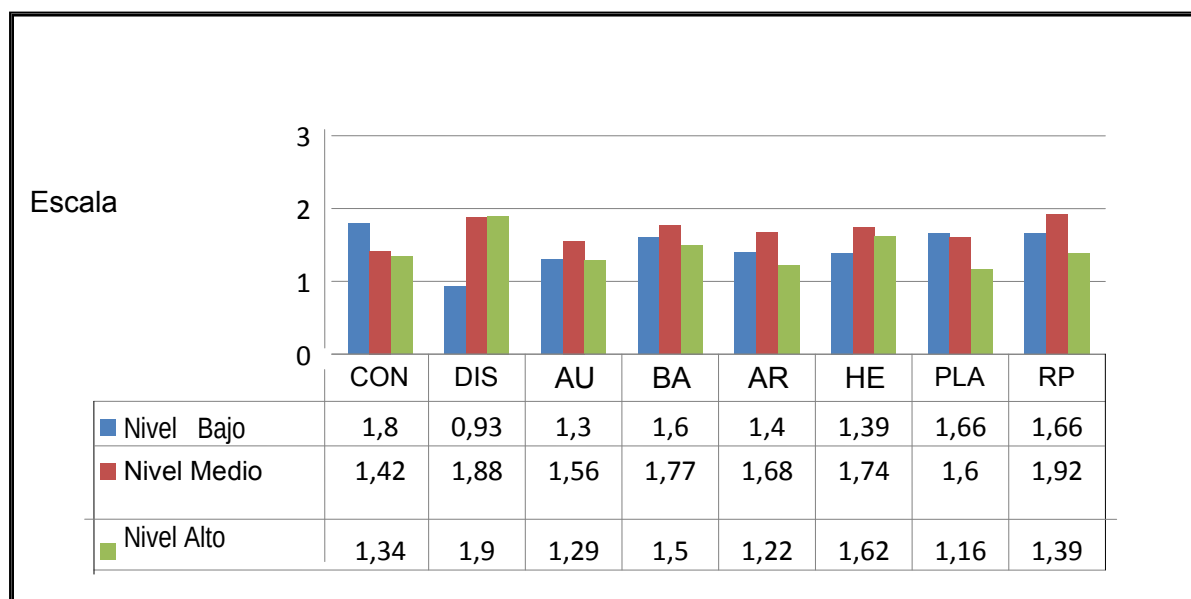
Nivel global del síndrome	Niveles de depresión-estado			Total
	Bajo	Medio	Alto	
No afectado (Nivel Bajo)	42	10	-	52
Moderadamente afectado (Nivel Medio)	9	18	1	28
Muy afectado (Nivel Alto)	36	25	3	63
Total de sujetos	86	53	4	143

Varios autores han reportado que las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales generan efectos facilitadores o inhibidores en el desgaste^{335,336}. En este estudio, la mayor parte del personal de Enfermería que trabaja en los hospitales oncológicos de Cuba y que se encuentra profesionalmente desgastado respondían ante los estresores con estrategias dirigidas a la evitación, al distanciamiento y a la búsqueda de apoyo; sólo en un pequeño grupo de sujetos se observaron afrontamientos dirigidos a la confrontación del problema o a la auto-responsabilidad¹⁵⁵. De acuerdo a los niveles de afectación se constató que los ubicados en el “nivel bajo” emplearon con mayor frecuencia afrontamientos dirigidos a la confrontación, seguidos de los que se orientaban a la búsqueda de apoyo social, la planificación y la reevaluación positiva. Asimismo, los que se ubicaron en el “nivel medio” desarrollaron más afrontamientos dirigidos al distanciamiento, la reevaluación positiva, la búsqueda de apoyo, la evitación y la auto-responsabilidad. En los sujetos ubicados en el “nivel alto” se observó que predominaban los afrontamientos orientados al distanciamiento, la evitación y la búsqueda de apoyo. Lo interesante es que en todos los casos que puntuaron en los niveles “medio” y “alto” del SDP estuvieron presentes los afrontamientos de evitación y distanciamiento, no resultó así en el grupo de profesionales con baja afectación por el SDP (ver figura 5).

En general, estos resultados son similares a los reportados por Celoswitz²¹⁷, por Boyle y cols²⁰⁹ y por Leiter³⁹, quienes afirman que los programas dirigidos a incrementar el uso de afrontamiento de carácter

activo o centrados en la solución del problema, disminuyeron más los sentimientos relacionados con el SDP que los sujetos que emplean estrategias de evitación-escape o centradas en la emoción. Celoswitz reportó que lo(a)s enfermero(a)s con bajos niveles del síndrome suelen emplear estrategias de carácter activo y elaboran planes de acción donde se acentúan los aspectos positivos de la situación problemática, la búsqueda de apoyo social y la auto-concentración²¹⁷. Boyle y cols²⁰⁹ también encontraron en enfermero(a)s, que los niveles de desgaste correlacionaban significativamente con estrategias de distanciamiento. Todos estos estudios ponen énfasis en el entrenamiento de habilidades, el modelado y el aprendizaje guiado, ya que produce un efecto positivo y rápido sobre el estilo de afrontamiento, necesario para abordar las situaciones percibidas como amenazantes^{337,338}. Un elemento común en las estrategias empleadas por los sujetos estudiados es la búsqueda de apoyo social.

Figura 5. Afrontamientos frecuentes según niveles del síndrome estimado por el CBB



Leyenda. Tipos de afrontamiento: CON - Confrontación; AR - Auto responsabilidad; DIS -Distanciamiento; HE - Huída o evitación; AU - Autocontrol; PLA – Planificación; BA- Búsqueda de apoyo; RP - Reevaluación positiva

Este hallazgo fue interesante porque puso de manifiesto la identificación de la necesidad de apoyo; por supuesto, esto no garantiza que la cantidad y la calidad del apoyo percibido sean efectivas para lograr los efectos moduladores sobre el proceso del SDP^{79,155}. Se conoce que el apoyo social en el trabajo es una variable que puede modular el proceso de desgaste, especialmente a través de los efectos protectores sobre el agotamiento emocional⁷⁹. Estos resultados se han observado en enfermero(a)s¹⁸⁷ y en otros profesionales; también se ha obtenido cierta evidencia empírica de este efecto modulador a través de la despersonalización¹⁸⁸.

Aranda y cols⁷⁹ encontraron en una muestra de médicos de atención primaria una asociación entre las características subjetivas de la red extra-laboral de apoyo y las dimensiones correspondientes a falta de realización personal en el trabajo y despersonalización.

El hecho de que el personal de Enfermería afectado en los hospitales oncológicos cubanos utilizara como estrategia de afrontamiento la búsqueda de apoyo social, ratifica que el apoyo percibido es una variable importante para contrarrestar los efectos del estrés y del SDP; de ahí la importancia de diseñar e implementar programas de intervención que incluyan el fomento del apoyo en el trabajo⁹⁰.

En relación a las variables personales salutogénicas, se encontró una asociación entre los niveles del SDP y el nivel global y de los componentes de la personalidad resistente (reto, compromiso y control); el valor promedio del “reto” y el “compromiso” se redujo en la medida que aumentó el nivel de afectación por el síndrome, en el caso del “control” se apreció sobre todo una reducción de la puntuación en los sujetos ubicados en el “nivel alto” respecto a los de “nivel bajo” y en los de “nivel medio”, pero entre estos dos últimos niveles se obtuvo poca diferencia. En general, los valores promedios de los componentes de la PR se reducían en la medida que crecía el nivel de afectación.

El decrecimiento temprano en los componentes “reto” y “compromiso” entre los de “nivel bajo” y los de “nivel medio” podría estar apuntando a que estas dimensiones actúan como amortiguadores desde etapas tempranas. En el caso del “control”, la reducción de los valores pudiera estar señalando que este componente modula, fundamentalmente, el paso a los niveles más altos del SDP. El balance en la puntuación global del cuestionario PVP tuvo la orientación esperada ($146.06 > 143.61 > 119.57$), a medida que aumenta el nivel de afectación del síndrome, disminuye el nivel global de PR⁷³.

Con relación a los niveles del SDP y la diferenciación de las dimensiones y el nivel global del Sentido de Coherencia, también se observó que los valores promedios decrecían a medida que aumentaba el nivel de afectación. Aunque las diferencias encontradas entre el “nivel bajo” y el “nivel medio” no fueron significativas en ninguno de los componentes (comprensibilidad, manejabilidad, significatividad), sí fueron altamente significativas entre los sujetos ubicados en el “nivel medio” y “nivel alto” en todos los componentes. Los resultados encontrados en los constructos PR y SC y su posible influencia en el SDP tuvieron la orientación esperada, de acuerdo con los reportes de investigaciones extranjeras^{203-207,209-213}.

Estas relaciones pudieran estar reflejando algún tipo de influencia moduladora del constructo total y, en especial, de algunos de sus componentes respecto al síndrome, pero también pudieran ser el resultado de la interacción con otras características personales de los sujetos; en realidad no se dispone de toda la información para hacer aseveraciones definitivas.

En el caso de las correlaciones de las variables salutogénicas con la escala “consecuencias” del CBB se observó que todas tenían un sentido negativo, como expresión de que en la medida que crece la puntuación en esta escala, se reducen las puntuaciones de PR y SC. Los síntomas más frecuentes en los sujetos muy afectados eran los dolores musculares, dolores de cabeza, diarreas y catarros; su

presencia se asociaba significativamente a altos valores en la escala de “consecuencias” del CBB y a valores globales muy bajos en los instrumentos que evalúan PR y SC, lo que pudiera explicar la posible influencia moduladora de estos constructos sobre la sintomatología y las manifestaciones del SDP^{73,75}. Estos resultados son concordantes con los reportes de otros investigadores^{40,206,207,212,339} y sugieren la importancia de diseñar estudios que profundicen en la influencia de estos factores en el proceso de desgaste, así como en el diseño de estrategias de intervención dirigidas más a la prevención del SDP que a su control.

En resumen, los principales resultados de esta tarea son: a) la ansiedad y la depresión como rasgo de la personalidad no se diferencian según los niveles de afectación del SDP; a su vez la ansiedad y la depresión como estado de la personalidad fueron más frecuentes en los sujetos más afectados; la ansiedad se destaca más que la depresión como un síntoma asociado al SDP; b) las estrategias de afrontamientos distinguen a los niveles de afectación por el síndrome: los sujetos más afectados utilizaron más afrontamiento de evitación, de distanciamiento y de búsqueda de apoyo ; c) los valores de PR y SC son inversamente proporcionales a los niveles de afectación por el síndrome, tanto en su puntuación global como en la mayoría de sus componentes principales; algunos de estos componentes distinguían más a los de “nivel bajo” que a los de “nivel medio”; otros distinguían mejor a los de “nivel alto”.

3.2.4. Consecuencias o repercusiones negativas del SDP

Las variables estudiadas fueron las repercusiones negativas o consecuencias en la salud, las relaciones interpersonales y en la institución. Se estudiaron los síntomas físicos o padecimientos asociados con los niveles del SDP, evaluados en la escala “consecuencias” del CBB. Se utilizaron como variables

predictivas todos los padecimientos referidos por los sujetos como frecuentes, de acuerdo con la Ficha de Datos Generales.

Los padecimientos y síntomas explorados fueron: catarros, diarreas, calambres, amigdalitis, dolores de cabeza, infecciones de la piel, infecciones respiratorias, infecciones urinarias y dolores musculares. De ellos sólo resultaron significativos los dolores musculares, los dolores de cabeza, las diarreas y los catarros. Se hizo un análisis multivariado (CHAID) por cada una de estas variables predictivas y en ningún caso hubo un segundo predictor que reflejara una interacción. De hecho, entre lo(a)s enfermero(a)s que tenían dolor muscular frecuente, el porcentaje de sujetos en el “nivel alto” del síndrome es notablemente mayor (57,14 %) que en los que no tenían tales síntomas (35,96 %). Algo similar ocurrió con los dolores de cabeza (55,13 % vs. 30,77 %), con las diarreas frecuentes (75 % vs. 40,16 %) y con los catarros (56,90 % vs. 35,29 %). Así, mientras hubo un 43,5 % de enfermero(a)s que padecían frecuentemente de dolores de cabeza, en el caso de los ubicados en el “nivel alto” esta proporción se elevó a 68,3 %, para un chi-cuadrado de 0.012. En el caso de las diarreas frecuentes, se encontró en la población general de enfermeros en un 11,2 %, pero entre los “muy afectados” apareció en el 19 % de ellos; chi-cuadrado tuvo aquí una significación de 0.029. Con respecto al catarro frecuente estuvo presente en el 40,6 % de los enfermero(a)s en general, pero en el 52,4 % de los casos en “nivel alto”. Estos resultados concuerdan con la amplia gama de consecuencias del estrés laboral y el SDP^{19,54,56,340}.

En cuanto a las variables “síntomas físicos”, “afectación en las relaciones familiares y personales” y “afectaciones en el rendimiento laboral” recogidas en la sub-escala “consecuencias” y su relación con los niveles del síndrome, se encontró que los tres niveles codificados en: “nivel bajo”, “nivel medio” y “nivel alto” se diferenciaron entre sí por su valor promedio. Esto puede estar apuntando a que las

afectaciones del SDP aparecen en los sujetos desde el inicio del proceso. Algunos autores afirman que existe una fuerte relación entre el síndrome, el agotamiento emocional, el cansancio, la depresión y la ocurrencia de enfermedad^{2,8,326}. Se estudió también, la asociación entre los síntomas frecuentes (dolores musculares, dolores de cabeza, diarreas y catarros), la escala “consecuencias” y las variables salutogénicas Personalidad Resistente (PR) y Sentido de Coherencia (SC).

Estas últimas tres variables se consideraron continuas, se compararon sus valores medios para los grupos de sujetos determinados por la presencia o no de cada síntoma. Se observó que como promedio, las “consecuencias” son más altas cuando habían dolores musculares frecuentes (media: 2.878) que cuando no los hay (2.411); de manera inversa los niveles de PR y SC tenían valores promedios menores en individuos que padecían frecuentemente dolores musculares (129.26 vs. 136.73 y 209.65 vs. 223.56) respectivamente. El test de Student demostró que las tres diferencias son significativas (0.006, 0.021 y 0.013), todas menores que 0.05. Quedó demostrado que el dolor muscular como síntoma frecuente estaba significativamente asociado con la escala “consecuencias”, con decremento de los valores de la PR y el SC. Estos resultados son concordantes con los otros síntomas (dolores de cabeza, diarreas y catarros).

En resumen, los principales resultados de esta tarea son: a) los síntomas más frecuentes en lo(a)s enfermero(a)s afectado(a)s fueron dolores musculares, dolores de cabeza y catarros, estos no estaban presentes en la misma frecuencia en los sujetos no afectados por el SDP; b) los valores de la escala “consecuencias” del CBB diferenciaron significativamente según los niveles de afectación del síndrome, incrementándose progresivamente a medida que aumentaba el nivel de afectación. En general, los valores de la escala “consecuencias” fueron más altos a medida que aumentaron los síntomas físicos, y disminuyeron a medida que se incrementaron las puntuaciones de la PR y el SC.

El análisis de los resultados del segundo estudio permitió identificar los factores de riesgo laborales para lo(a)s enfermero(a)s de los hospitales cubanos de Oncología, así como los factores personales; todos ellos intervienen en el proceso de desgaste de estos trabajadores. Se mostró, además, que existían factores que, al asociarse con otros, potenciaban o disminuían el riesgo. Se confirmó que existen asociaciones directas e indirectas entre los diferentes factores que intervienen en el proceso de desgaste, confirmando así la primera hipótesis.

3.3- Estudio 3: Diseño, implementación y evaluación de un programa de intervención dirigido a reducir los niveles del SDP y sus consecuencias

3.3.1. Comparación entre grupos antes de la intervención

Se compararon los grupos (experimental/GE y de control/GC) antes del experimento y se confirmó que para la variable sexo los grupos son prácticamente idénticos respecto a su composición. La edad promedio en los grupos no demostró diferencias entre los rangos; la media de edades en el grupo experimental fue de 33,58 años con una desviación típica de 8,99, y en el grupo de control fue de 32,66 con una desviación típica de 9,84. En los dos grupos la mayoría de los sujetos (74,6 %) eran casados. Poco más del 50 % tenía al menos un hijo, y esto fue igual para los dos grupos. En ambos grupos la mínima experiencia laboral fue de un año y la máxima de 38 años en el GE y de 35 años en el GC, el 82,5 % eran enfermero(a)s asistenciales exclusivamente, el resto realizaba doble función como jefa de sala y asistencial, aproximadamente un 65 % de los sujetos tenían sobrecarga laboral desde el punto de vista del número de pacientes que atendían. El nivel de satisfacción laboral de los sujetos al inicio del experimento no se diferenciaba entre los grupos (0.810). En cuanto a los síntomas de estrés, se observó que no hubo inicialmente diferencias significativas entre los grupos (rango promedio GE = 34.10 vs. rango promedio GC = 29.97). Ninguna de las variables laborales estudiadas (experiencia

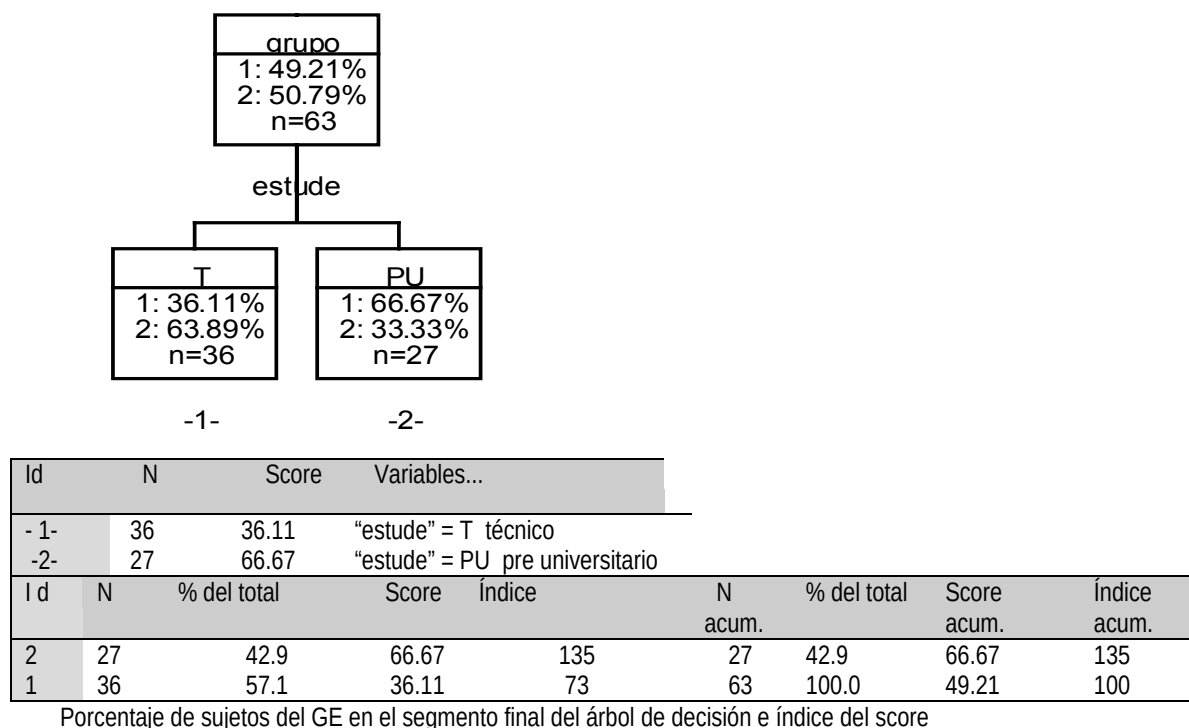
profesional, turno de trabajo, puesto de trabajo (asistencial o Jefa de Sala), sobrecarga laboral, síntomas de estrés, nivel de satisfacción laboral, etc.) mostraron diferencias entre los grupos experimental y de control antes de la intervención.

Al comparar el nivel de escolaridad entre los grupos, sí aparecieron diferencias significativas ($0.027 < 0.05$), favorables al grupo experimental, pues habían menos técnicos medios (41.9 % frente a 71.9 % en el control) y más graduados universitarios (54.8 % frente a 28.1 % en el grupo de control). Desde el punto de vista del diseño del experimento hubiera sido deseable que esto no ocurriera, pero fue difícil lograr grupos equilibrados en todos los aspectos, el detectar esta diferencia permitió analizar hasta que punto este factor podría interactuar con la intervención.

Esta diferencia sugirió el análisis previo de su interacción con otras variables, pero no se encontraron interacciones significativas entre sí. Así, el árbol de la figura 6 identificó los dos segmentos finales en que se desglosó el mismo. El score que aparece es el porcentaje de sujetos del grupo experimental en cada nodo o segmento final: 36,11 % en el segmento 1 (nivel T-técnico) y 66,67 % en el segmento 2 (nivel PU-preuniversitarios).

Los segmentos fueron ordenados de forma descendente por el score y reflejan el índice, que es una medida de cuantas veces es mayor el score de cada segmento respecto al de la población general de enfermero(a)s. Se comprobó así que los estudios realizados fue la única variable relacionada significativamente con los grupos de trabajo, pero sin interacción con otras variables que marquen diferenciación de estos grupos. Quedó demostrada la homogeneidad inicial de los grupos de trabajo.

Figura 6. Nivel de escolaridad según grupo (GE: 1, GC: 2)

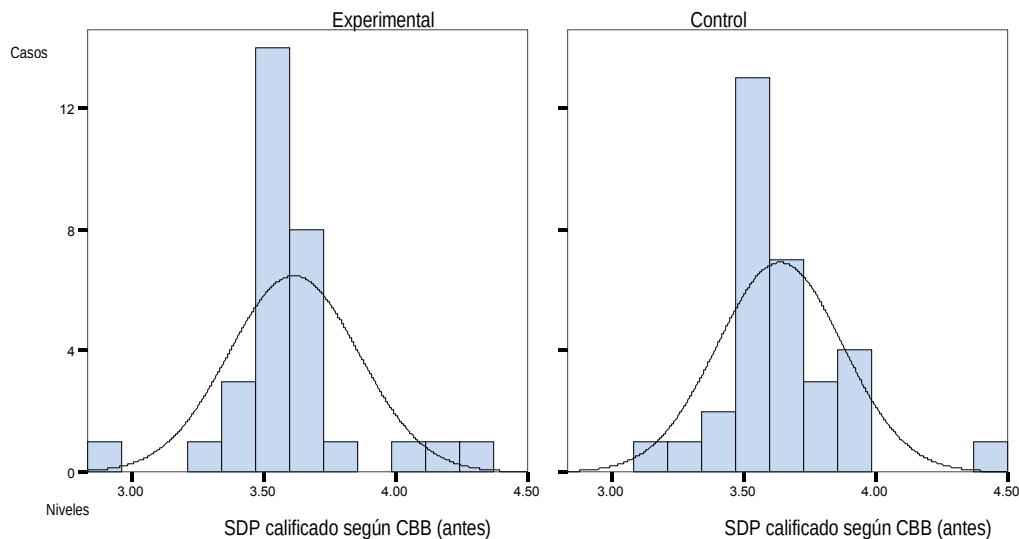


3.3.2- Implementación y evaluación del Programa de intervención

La distribución del nivel global del SDP en los dos grupos antes del experimento no mostró diferencias significativas (figura 7). Se observó que en ambos grupos los niveles de afectación antes del experimento poseen rangos medios similares según el test de Mann-Whitney (significación 0.756), demostrándose que los dos grupos son comparables desde el punto de vista de los niveles del SDP.

Después de la intervención el análisis por dimensiones mostró que en el agotamiento emocional hay una diferencia altamente significativa entre los grupos (significación del test de Mann-Whitney $0.000 < 0.01$). En el grupo experimental hay 29 enfermero(a)s que redujeron el agotamiento emocional, 1 que

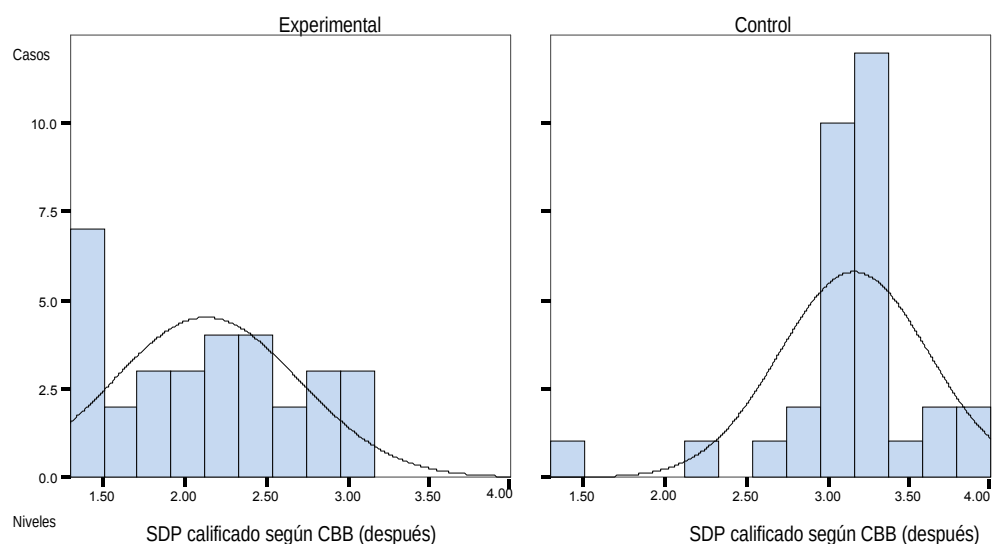
Figura 7. Distribución del nivel global del Síndrome de Desgaste Profesional calificado según CBB antes de la intervención



no cambió y 1 que lo incrementó; mientras que en el grupo de control hubo 10 que aumentaron el agotamiento, 10 que lo disminuyeron y 12 que no cambiaron. Los rangos medios de la despersonalización después de la intervención en el grupo experimental fueron menores que los del grupo de control (significación 0.000), mientras que no hubo cambios en el grupo control (significación 0.751). En el grupo de control 10 individuos disminuyeron la despersonalización, 12 la aumentaron y 10 que no cambiaron; mientras que en el experimental predominaron significativamente los que disminuyeron esta dimensión: 25 individuos respecto a los que la incrementaron (2 sujetos). El valor medio en la dimensión falta de realización personal sugirió una situación favorable al grupo experimental (significación 0.000), este valor se redujo y la diferencia fue altamente significativa (significación 0.000). En el grupo de control se observó que hay 6 enfermero(a)s que disminuyeron las puntuaciones en esta dimensión, 14 que la aumentaron y 12 casos donde no hubo cambios y la evolución fue, por tanto, no significativa (0.146). Se demostró que el Programa de intervención influyó favorablemente al disminuir los niveles medios de las tres dimensiones.

La figura 8 ilustra la distribución de los valores globales del SDP en los grupos después de la intervención. En el grupo experimental la puntuación media calificado según CBB se redujo durante el experimento de 3.11 a 2.13, hubo una diferencia entre el SDP antes y después de 0.98, lo cual fue altamente significativo (significación 0.000). En el caso del grupo de control existieron 10 casos que disminuyeron, en 16 se incrementó y 6 que no tuvieron cambios, por lo cual la evolución no fue significativa (significación del test de Wilcoxon 0.509).

Figura 8. Distribución del nivel global del Síndrome de Desgaste Profesional calificado según CBB después de la intervención



La tabla 5 muestra que las diferencias entre los grupos fueron significativas después de la intervención, así como el análisis del cambio en el grupo experimental (significación 0.000), lo que confirma la influencia favorable del Programa de intervención en las tres dimensiones del síndrome, así como en la puntuación global que puede obtenerse por el CBB.

El análisis multivariado que complementó el estudio de cómo transcurre la evolución del SDP en ambos

Tabla 5. Dimensiones y nivel global en los grupos antes-después de la intervención según CBB

Dimensiones del síndrome	Diferencias e/grupos E y C (con test de Mann Whitney)		Cambios antes-después en cada grupo (con test de Wilcoxon o T de Student)	
	Antes	Después	G. Experimental	G. Control
Agotamiento emocional	.992	.000	.000	.934
Despersonalización	.238	.000	.000	.751
Falta de realización personal	.615	.000	.000	.146
Nivel global del síndrome	.756	.000	.000	.509

grupos, considerando las variables socio-laborales, socio-demográficas y psicosociales que podrían estar interactuando en su desarrollo, evidenció que de un total de 63 enfermero(a)s, 27 (43 %) tuvieron cambios favorables, de ellos sólo 2 eran del grupo control. Los restantes 36 (57 %) tuvieron cambios desfavorables o no tuvieron cambios; 6 en el experimental y 29 en el control tuvieron evolución desfavorable (1 caso del grupo de control no tuvo cambios).

El análisis predictivo mostró que aunque el nivel de estudios influyó, la intervención influyó mucho más. Resultó interesante que existían tres variables: la *experiencia profesional*, los *estudios realizados* y la *edad*, en ese orden de significación, que interactuaron con la intervención. Entre los sujetos que recibieron el Programa, los mejores resultados se alcanzaron en los trabajadores de menos antigüedad (*experiencia profesional*): entre los 22 sujetos en esta situación había un 95 % con evolución favorable y solo un 5 % con evolución desfavorable, mientras que entre los 9 sujetos con mayor tiempo laboral los resultados fueron más conservadores: 44 % con evolución favorable y 56 % desfavorable. Por supuesto, esta situación fue siempre mejor que los resultados obtenidos en el grupo control.

En cuanto a los *estudios realizados*, se encontró que esta variable podía hacer distinciones en el grupo experimental, no así en el control; se distinguían los resultados cuando la escolaridad fue de técnico

medio (nivel secundario) y licenciados (nivel universitario): en el primer grupo hubo mayor proporción de casos de evolución favorable (62 %) que en la población general. Como era de esperar, en el grupo experimental, con sujetos que tenían un nivel escolar superior, los resultados fueron mucho mejores (94 %). En el grupo control, no alterado por ninguna otra variable, se mantuvieron los resultados comentados. En este análisis se esclareció aún más la eficacia de la intervención, con independencia de la situación más favorable del grupo experimental respecto a la escolaridad.

La tercera variable que interactuó con la intervención fue la *edad*, ella distinguió los grupos experimental y control en dos categorías: la comprendida entre 18 y 38 años y la superior a 39 años. Los mejores resultados se obtuvieron en los sujetos que recibieron la intervención y son más jóvenes: se alcanzó un 95 % de casos con evolución favorable. Le siguió en ese orden el grupo de sujetos que recibieron la intervención, pero son menos jóvenes: un 44 % con evolución favorable; y, como siempre, el grupo de control ofreció los peores resultados, no mejorados por ninguna otra variable en interacción.

3.3.3- Evolución del SDP en los grupos y su relación con los factores antecedentes y sus consecuencias: comparación antes vs. después de la intervención

Se estudió la posible influencia en la evolución del SDP de los factores laborales considerados “antecedentes” (características de la tarea, organización en el trabajo y tedio), medidas con las sub-escalas correspondientes del CBB, en su interacción con el síndrome; se elaboraron tres categorías convencionales: “sin relación”, “relación moderada” y “muy relacionado”. No se encontró relación significativa entre las variables “características de la tarea”, “tedio” y “organización del trabajo” con respecto al SDP antes del experimento. La diferencia entre los grupos (antes-después del experimento) no llegó a ser significativa. Después del experimento, sólo se observó una relación ligeramente más marcada en el grupo experimental (97 %) que en el control (81 %). Ver tabla 6.

Tabla 6. Factores socio-laborales antes-después de la intervención en cada grupo

Factores laborales			Grupos		Sig. Test Fisher
			Experimental	Control	
Características de la tarea	Antes	Sin relación	23 (74.2 %)	28 (87.5 %)	.213
		Rel. moderada	8 (25.8 %)	4 (12.5 %)	
	Después	Sin relación	29 (93.5 %)	27 (84.4 %)	.426
		Rel. moderada	2 (6.5 %)	5 (15.6 %)	
	Cambios en c/grupo de antes a después		29 sin relación. 2 relación moderada	27 sin relación 5 relación moderada	No sig.
Organización del trabajo	Antes	Sin relación	27 (87.1 %)	24 (75.0 %)	.337
		Rel. moderada	4 (12.9 %)	8 (25.0 %)	
	Después	Sin relación	30 (96.8 %)	26 (81.3 %)	.104
		Rel. moderada	1 (3.2 %)	6 (18.8 %)	
	Cambios en c/grupo de antes a después		30 sin relación 1 relación moderada	26 sin relación 6 relación moderada	No sig.
Tedio	Antes	Sin relación	20 (64.5 %)	25 (78.1 %)	.274
		Rel. moderada	11 (35.5 %)	7 (21.9 %)	
	Después	Sin relación	29 (93.5 %)	26 (81.3 %)	.257
		Rel. moderada	2 (6.5 %)	6 (18.8 %)	
	Cambios en c/grupo de antes a después		29 sin relación. 2 relación moderada	26 sin relación 6 relación moderada	No sig

Sin embargo, cabe pensar que estas variables pudieran interactuar con otras en los resultados de la evolución del SDP. Para analizar esa posibilidad, se trabajaron las variables en la forma continua en que fueron captadas originalmente, obteniéndose la diferencia en cada una de ellas. Así surgieron de forma convencional las variables “cacomp” (cambio en la relación entre las características de la tarea y el SDP), “caorga” (cambio en la relación entre la organización del trabajo y el SDP) y “catedio” (cambio en la relación entre el tedio en el trabajo y el SDP). Junto con ellas, se analizaron el tipo de grupo (experimental o control) y las variables socio-demográficas y laborales que en el paso anterior habían mostrado efecto de interacción en la evolución del síndrome (experiencia profesional, estudios realizados y edad).

La regresión logística fue convergente en tres pasos. En un primer paso, se consideró significativa la interacción de la “experiencia profesional” con el “grupo” (se sabe que cambian los resultados cuando el grupo es experimental y la experiencia es menor). El modelo con esta sola variable de interacción fue ya significativo (0.000) y llegó a identificar o clasificar bien al 89 % de los sujetos. En el segundo paso apareció la variable “grupo” como tal, lo cual es también lógico y coincidente con los resultados anteriores, solo pertenecer al “grupo de control” debía aumentar el riesgo de incrementar o mantener la afectación por el SDP.

La introducción de esta variable mejoró significativamente el modelo (0.000), aunque apenas mejoró el porcentaje de buena clasificación. Lo más interesante fue que en el tercer paso, apareció la variable convencionalmente denominada “caorga”, que representó el cambio en la apreciación sobre la relación de la organización del trabajo con el SDP y que llegó a predecir 91 % de los sujetos.

Entre los resultados interesantes de la regresión logística fue notorio el hecho de que en el grupo de sujetos que no recibieron el Programa de intervención ni experimentaron cambios en su apreciación sobre la relación entre la organización en el trabajo y el SDP, hay 19 veces más riesgo de que empeore el desgaste por el trabajo en relación a una posible mejoría. Lo importante de este estudio fue que permitió predecir la probabilidad que tenía un sujeto de empeorar los efectos negativos del síndrome para un nuevo caso si se conocieran los valores de grupo; o sea, el riesgo relativo “subyacente” que tendrían lo(a)s enfermero(a)s estudiado(a)s de “empeorar respecto a mejorar” cuando no hay intervención.

3.3.4- Cambios en las consecuencias antes versus después de la intervención

Las “consecuencias” del SDP (según sub-escala del CBB) de acuerdo al análisis inter-grupo fueron las afectaciones para la salud, las relaciones interpersonales, el rendimiento en el trabajo. También se estudiaron la presencia de síntomas de estrés, las enfermedades reportadas durante el último año y la satisfacción laboral. Antes del experimento, la mayoría de los sujetos consideraron que no habían experimentado afectaciones en la salud, en las relaciones interpersonales y en el trabajo (64 %), un número no despreciable de casos consideró tal afectación como “moderada” (35 %) y solo un caso (del grupo control) estaba en el “nivel alto”; la diferencia entre los grupos no es significativa ($p = 0.151$).

Después de la intervención, aparecieron diferencias medianamente significativas ($p = 0.099 < p = 0.10$, pero bastante cercana a $p = 0.10$). La tabla 7 muestra que después del Programa de intervención, aparecieron diferencias medianamente significativas a partir de que en el grupo experimental se incrementó el porcentaje de casos que se consideraron “no afectados” (81 %) y en el grupo control se redujo (59 %). Al analizar la evolución de los cambios en las consecuencias dentro de cada grupo, en el grupo experimental 9 casos mejoraron su apreciación sobre las consecuencias (pasando de “moderadamente afectados” a “no afectados”) y 1 caso empeoró. En el grupo control hubo 3 casos que cambiaron de “afectación moderada” a “no afectación”, pero habían 7 casos que empeoraron.

Tabla 7. Consecuencias del síndrome antes-después de la intervención en cada grupo

Consecuencias del Síndrome			Grupo Experimental	Grupo Control	Sig. Test de Fisher
Salud, Relaciones interpersonales y Rendimiento en el trabajo	Antes	No afectación	17 (54,8 %)	23 (71,9 %)	.151
		Afectación moderada	14 (45,2 %)	8 (25,0 %)	
		Mucha afectación	-----	1 (3,1 %)	
	Después	No afectación	25 (80,6 %)	19 (59,4 %)	.099
		Afectación moderada	6 (19,4 %)	13 (40,6 %)	
		Mucha afectación	----	----	

Otra consecuencia estudiada fue la presencia de síntomas de estrés. Se observó que inicialmente no

hubo diferencias significativas entre los grupos (rango promedio GE = 34.10 vs. rango promedio GC = 29.97). En todo caso, el grupo experimental partió de una situación más desventajosa por tener rangos medios ligeramente superiores. Al terminar la intervención, la situación en los grupos fue significativamente diferente (rango promedio GE = 26.68 vs. rango promedio GC = 37.16), con ventajas en el grupo experimental. Según el análisis intra-grupo, en el experimental los cambios fueron altamente significativos (0.000): 21 enfermeros redujeron los síntomas de estrés y los otros 10 mantuvieron, al menos, los niveles iniciales. En el grupo control, los cambios favorables no fueron significativos (0.340): sólo 7 casos mejoraron los síntomas, pero 3 los empeoraron y en 22 sujetos no hubo cambios (ver tabla 8).

Tabla 8. Síntomas de estrés antes-después en cada grupo

RANGOS SÍNTOMAS DE ESTRÉS	GRUPOS					
	Grupo Experimental			Grupo Control		
	No.	Rango medio	Suma de rango	No.	Rango medio	Suma de rango
Antes vs. Después						
Rangos negativos	21a	11.00	231.00	7a	5.50	38.50
Rangos positivos	0b	.00	.00	3b	5.50	16.50
Empates	10c	-	-	22c	-	-
Total	31	-	-	32	-	-

Leyenda: Síntomas de estrés: (a) después < antes (b) después > antes (c) antes = después

También se estudió el número de enfermedades reportadas en el último año entre las posibles consecuencias (antes-después); esta variable fue medida en forma dicotómica, no encontrándose diferencias significativas entre los grupos. En la comparación intra-grupo (antes-después) se encontró que en el experimental había una tendencia al cambio favorable, porque de los 14 sujetos que reportaron inicialmente alguna enfermedad en el último año, sólo 4 la reportaron en la segunda aplicación y los 17 que no reportaron inicialmente, se mantuvieron igual al final del experimento (0.002).

En el grupo control hubo también cambios significativos favorables (0.039), pero mucho menos marcados: de los 13 casos que declararon enfermedad en el último año antes del experimento, 8 declararon al final de la intervención que no las tenían, aunque un caso que no la tenía inicialmente la declaró al final. De todas maneras, según los valores de la significación, la evolución favorable se mostró mayor en el grupo experimental que en el control, indicando cierta asociación entre el efecto del Programa de intervención y el reporte de enfermedades.

La satisfacción laboral disminuida es una de las consecuencias negativas del estrés laboral y del SDP, por eso fue considerada en este estudio como un importante indicador de eficacia de la intervención. Esta variable, fue medida en escala de 0-10, se comparó entre grupos y antes-después del experimento dentro de cada grupo. El nivel de satisfacción laboral de los sujetos al inicio del experimento no se diferenciaba entre los grupos (0.810), pero sí de forma altamente significativa al final de la intervención (0.000), (ver tabla 9). En el grupo experimental, el nivel de satisfacción aumentó en 21 de los sujetos y se mantuvo en 8, reduciéndose solo en 2 casos, significación: 0.000. En el grupo control apenas hay 8 casos que mejoraron su satisfacción laboral, 13 la empeoraron y 11 no mostraron cambios: hubo un predominio significativo de evolución no favorable, 0.272. Sin duda, este tipo de intervenciones de corte educativo influye en la satisfacción con la vida laboral de los profesionales^{322,337}.

Tabla 9. Cambios en el nivel global de satisfacción laboral (antes-después) de la intervención

Nivel global de satisfacción laboral	Rangos medios		Significación
	Grupo Experimental	Grupo Control	
Satisfacción laboral (antes)	31,42	32,56	Test U Mann Whitney: 0.810
Satisfacción laboral (después)	39,63	24,61	Test U Mann Whitney: 0.000

Se realizó un análisis multivariado para determinar si los cambios en las consecuencias del SDP pudieran interactuar con la evolución del síndrome (en términos de reforzamiento o “acumulación de influencias”). Se encontró que la variable más significativamente relacionada fue el cambio en los síntomas de estrés. Se distinguieron 35 casos con disminución de síntomas con relación a los 25 casos en que hubo cambios de incremento o no hubo cambios. Además, fue interesante que entre los que disminuyeron sus síntomas de estrés, se distinguieron aquellos con un cambio significativamente favorable en el nivel de satisfacción laboral, este grupo de sujetos se elevó al 94 %.

En resumen, los resultados de esta tarea son los siguientes: a) se demostró que los grupos experimental y control eran inicialmente comparables, como condición que facilitaría la validez de un Programa de intervención posterior; la única variable diferente fue el nivel de escolaridad, pero no interactuaba con otras; b) existieron diferencias significativas entre los grupos experimental y control después de la intervención en cuanto a las dimensiones del síndrome y el nivel global, lo que demostró la eficacia del Programa de intervención; c) la mayoría de los enfermero(a)s con cambios favorables en los niveles y dimensiones del síndrome estaban incluidos en el grupo experimental; d) en los sujetos que no recibieron el Programa de intervención ni experimentaron cambios en su apreciación sobre la relación entre la organización en el trabajo y el SDP, había 19 veces más riesgo de que empeoraran el proceso de desgaste por el trabajo en relación a una posible mejoría; e) existieron tres variables: la experiencia profesional, los estudios realizados y la edad que interactuaban con la intervención; los mejores resultados se obtuvieron en los sujetos que recibieron el Programa de intervención y tenían menos experiencia profesional, en los sujetos que tenían un nivel escolar superior y en aquellos que recibieron la intervención y eran más jóvenes; f) en la evolución de los cambios (antes – después de la intervención) los mejores resultados se obtuvieron en el grupo experimental como consecuencia de la

intervención; g) el Programa de intervención influyó en la disminución de los síntomas de estrés, siendo la variable más significativamente asociada a la evolución del síndrome; h) la satisfacción laboral se incrementó significativamente en el grupo experimental.

Los resultados del tercer estudio permiten concluir que la intervención diseñada e implementada en lo(a)s enfermero(a)s que tenían indicadores de desgaste resultó eficaz para reducir los niveles, las dimensiones y las consecuencias negativas del SDP, favoreciendo la salud laboral y la higiene ocupacional^{337,342-352}. Se confirmó la segunda hipótesis de esta investigación.

CONCLUSIONES

1. El Síndrome de Desgaste Profesional en los enfermero(a)s que trabajan en hospitales cubanos de Oncología debe ser considerado como un problema actual, por su alta magnitud (prevalencia) y sus repercusiones negativas en la salud de estos trabajadores y en su rendimiento laboral.
2. Los factores de riesgo socio-laborales asociados al desarrollo del Síndrome de Desgaste Profesional en enfermero(a)s de hospitales cubanos de Oncología fueron: la sobrecarga (laboral y “extra-laboral”), los turnos rotativos y nocturnos, el tiempo de interacción prolongado con pacientes y familiares, algunas características del entorno institucional, de la organización de los servicios y de las relaciones interpersonales en el trabajo.
3. Los factores de riesgo socio-demográficos y psicosociales asociados al Síndrome de Desgaste Profesional en enfermero(a)s de hospitales cubanos de Oncología fueron: escolaridad menor de 12º grado, ausencia de estudios postbásicos, tenencia de hijos y padres con antecedentes patológicos, altos índices de ansiedad-estado, afrontamientos dirigidos a la evitación, distanciamiento o a la búsqueda de apoyo y características de personalidad con menor orientación salutogénica.
4. Lo(a)s enfermero(a)s con niveles “altos” del Síndrome de Desgaste Profesional presentaron afectaciones en su salud, expresadas en dolores musculares, dolores de cabeza y catarros frecuentes. En la medida en que aumentó el nivel de afectación por el síndrome se incrementaron las afectaciones en la salud, en las relaciones interpersonales y en el rendimiento laboral, siendo más proclives los trabajadores que poseían una orientación personal menos salutogénica.
5. Los niveles del Síndrome de Desgaste Profesional y sus consecuencias negativas en estos

trabajadores pueden disminuirse con la implementación de programas que incrementen los conocimientos sobre el estrés y los antecedentes del síndrome, y que desarrollen habilidades para afrontar más eficazmente los factores de riesgo.

6. Las principales consecuencias negativas del Síndrome de Desgaste Profesional que mejoraron con un Programa de intervención de estas características fueron los síntomas de estrés, el reporte de padecimientos, el nivel de satisfacción laboral y las relaciones interpersonales.

RECOMENDACIONES

1. Continuar la investigación del Síndrome de Desgaste Profesional en lo(a)s enfermero(a)s que trabajan en hospitales de Oncología, utilizando diseños longitudinal-prospectivos que permitan profundizar en las asociaciones encontradas y en el proceso de desarrollo secuencial del síndrome.
2. Continuar la investigación del Síndrome de Desgaste Profesional en lo(a)s enfermero(a)s del Hospital “Conrado Benítez de Santiago de Cuba”, para profundizar en las causas de las diferencias encontradas con los demás centros, diseñando estrategias dirigidas a su prevención y al control.
3. Promover con la Dirección nacional de Enfermería la implementación de estrategias organizacionales dirigidas a la prevención y al control de los riesgos identificados en los hospitales cubanos de Oncología.
4. Promover con la Sociedad Cubana de Enfermería, a través de la Sección de “Enfermería Oncológica”, la realización de cursos básicos sobre el estrés laboral y el desgaste profesional, dirigidos a incrementar los conocimientos y desarrollar habilidades para el mejor afrontamiento a los factores de riesgo que intervienen en el desarrollo del síndrome, priorizando la preparación de los más jóvenes, de nueva incorporación y con menor formación académica.
5. Promover la investigación de estudios experimentales que continúen profundizando en el Programa de intervención propuesto a fin de evaluar su factibilidad, efectos y eficiencia a largo plazo, valorando su implementación en los hospitales de Oncología y su futura generalización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cherniss, C. Staff Burnout. Job stress in the human services. Beverly Hills, CA: Sage, 1980.
2. Freudenberger, H.J. Staff burn-out. Journal of Social Issues 1974, 30, 159-165.
3. Greenglass, E., Burke, R., Konarsky R. Components of burnout, resources, and gender-related differences. Journal of Applied Social Psychology 1998, 28, 1088-1106.
4. Harrison, W.D. A social competence model of burnout. In: B.A. Farber (Ed.). Stress and Burnout in the human services professions. New York: Pergamon Press, 1983 (1985, 2ª ed., 29-39).
5. Hobfoll, S.E., Freedy, J. Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout in: W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (Coords.). Professional burnout: recent developments in theory and research. Washington, DC: Taylor & Francis, 1993, 115-129.
6. Ivancevich, J.M., Matteson, M.T. Promoting the individual's health and well-being. In: C. L Cooper, R. Payne (Coords.). Causes, Coping and Consequences of Stress at Work. Londres: John Wiley, 1988.
7. Leiter, M.P. Burnout as a developmental process: consideration of models. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (Coords.). Professional burnout: recent developments in theory and research. Londres: Taylor & Francis, 1993, 237-250.
8. Maslach, C. Burnout, the cost of caring. New Jersey: Prentice-Hall, 1982.
9. Moreno-Jiménez, B., Oliver, C., Aragoneses, A. El burnout, una forma específica de estrés laboral. En: G. Buela-Casal, V. Caballo (Coord.). Manual de Psicología Clínica Aplicada. Madrid: Siglo XXI, 1991, 271-284.
10. Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Garrosa, E., y Morante, M. E. Breve historia del burnout a través de sus instrumentos de evaluación. En: M. Martínez (coord.), Quemarse por el trabajo (burnout). 11 perspectivas del burnout 2005, 161-182.
11. Cox, T., Tisserand, M., Taris, T. The conceptualization and measurement of burnout: questions and directions. Work and Stress 2005; 19, 187-191.

12. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. Cómo abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2003.
13. Benavides, F. G., Ruiz-Frutos, C., García, A. M. Trabajo y salud, En: Ruiz-Frutos C., García, A.M., Delclós, J. Benavides, F. G. Salud Laboral. Conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales. Tercera Edición 2007. Barcelona: Elsevier-Masson, 33-42.
14. Pando, M., Bermúdez D., Aranda B.C. El síndrome del quemado en los trabajadores de la salud. Salud y trabajo 2000; 1: 12-5.
15. Elizalde, M.A. Enfermería y la prevención del quemamiento En: W. Astudillo, A. Orbegozo, A. Latiegi, A. Urdaneta (Eds.). Cuidados Paliativos en Enfermería. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, 2003; 287-303
16. Rodríguez Marín, J. La calidad de vida de los profesionales sanitarios: "Quemarse en el trabajo". En: J. Rodríguez Marín (Ed.) Psicología Social de la Salud. Madrid: Síntesis, 1995, 174-202.
17. Pera, G., Serra-Prat, M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gaceta Sanitaria 2002,16 (6), 480-486.
18. Gil-Monte, P.R., Carretero, N., Roldán, M.D. Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Revista Ansiedad y Estrés, Unidad de Investigación psicosocial de la conducta organizacional, Universidad de Valencia 2005; 11 (2-3), 281-290.
19. Gil-Monte, P.R.El síndrome de quemarse por el trabajo ("burnout"). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide, 2005.
20. Gil-Monte, P.R. Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?. Revista de Psicología del Trabajo y de las organizaciones 2003; 19(2), 181-197.
21. Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis.1997, 64-87.

22. Olivar, C., González, S., Martínez, M.M. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Atención Primaria* 1999; 24 (6), 352-359.
23. Capilla, P.R. El síndrome de burnout o de desgaste profesional. *Trauma Psicológico y el Estrés*, 2000. Disponible en: http://www.edusalud.com/data/doc/usr_1897361756.pdf
24. Guerrero, E., Castro, F.V. Síndrome de "Burnout" o desgaste profesional y afrontamientos al estrés en el profesorado. Servicio de publicaciones. Universidad de Extremadura. 2001; 87-98.
25. Chacón, M., Grau, J., Hernández, L., Hernández, E., Román, J. El desgaste profesional o burnout como problema de la Psicología de la salud: su control en los equipos de salud. En: E. Hernández, J. Grau (Eds). *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*. Universidad de Guadalajara: CUCS, 2005, 641-677.
26. Moreno-Jiménez, B., Morett, N., I., Rodríguez, A., y Morante, M. E. La personalidad resistente como variante moduladora del síndrome de burnout: estudio en una muestra de bomberos. *Psicothema* 2006, 18, 413-418.
27. Grau, J., Chacón, M. El desgaste profesional (burnout) en los equipos de cuidados paliativos ¿Mito o realidad? En: M. Gómez Sancho (Coord.). *Medicina Paliativa en la Cultura Latina*. Madrid: Arán, 1999, 1005-1020.
28. Chacón, M., Grau, J., Massip, C., Infante, I., Grau, R., Abadal, Y. El control del Síndrome de Desgaste Profesional o burnout en enfermería oncológica. Una experiencia de intervención. *Revista Terapia Psicológica* 2006, 24(1), 39-53.
29. Benevides-Pereira, A. M. T. *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.
30. Chacón, M., Grau, J. Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Revista Psicología y Salud* 2004, 14(1) 67-77.
31. Gil-Monte, P.R. El Síndrome de Quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout): Aproximaciones Teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Departamento de Psicología

Social y Organizacional Facultad de Psicología – Universidad de Valencia-España (1998-2001).

Disponible en: Sitio Web: <http://www.psicología.com>.

- ³². Densten, I.L. Re-thinking burnout. *Journal of Organizational. Behavior* 2001 (22), 833-847.
- ³³. Carmona, F.J., Sanz, L.J., Marín, D. Síndrome de burnout y Enfermería: factores moduladores *Interpsiquis*, 2, 2001. Disponible en: <http://www.intersalud.es>.
- ³⁴. Landa V, Mena, L. Estrés laboral en personal clínico hospitalario. *Terapia Psicológica* 2003, 21(2): 137-51.
- ³⁵. Heuven E, Bakker, A.B. Emotional dissonance and burnout among cabin attendants. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2003,12 (1), 81-100.
- ³⁶. Schaufeli, W., Buunk, B.P. Burnout: an overview of 25 years of research and teorizing. In: M.J. Schabracq, J.A. Winnubst, C.L. Cooper (Eds.). *The Handbook of Work and Health Psychology*. West Sussex, England: Wiley, 2003, 383-428.
- ³⁷. Schaufeli, W.B., Taris, T. The conceptualization and measurement of burnout. *Common ground and worlds apart. Work and Stress* 2005, 19, 256-262.
- ³⁸. Leiter, M.P. Burnout as a function of communication patterns. *Group and organization studies* 1988, 13(1):111-28.
- ³⁹. Leiter, M. P. Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior* 1991, 12, 123-144.
- ⁴⁰. Leiter, M. P. The dream denied: Professional burnout and the constraints of service organizations. *Canadian Psychology* 1991, 32, 547-558.
- ⁴¹. Leiter, M.P. Burnout as a crisis in professional role structures: measurement and conceptual issues. *Anxiety, Stress and Coping* 1992, 5(1), 79-93.
- ⁴². Leiter, M.P. Burnout as a crisis in self-efficacy: conceptual and practical implications. *Work and Stress* 1992, 6, 107–115.

43. Leiter, M.P., Maslach, C. The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior* 1988, 9, 297-308.
44. Leiter, M.P., Maslach, C. *Banishing burnout*. San Francisco, Jossey Bass, 2005.
45. Taris, T.W., Peeters, M.C., Le Blanc, P.M., Schreurs, P.J., Schaufeli, W.B. From inequity to burnout: The role of job stress. *Journal of Occupational Health Psychology* 2001, 6 (4), 303-323.
46. Farber, B.A. Introduction: A critical perspective on burnout. En: B.A. Farber (Ed.). *Stress and burnout in the human service professions*. New York: Pergamon Press, 1983 (1985, 2ª ed., 1-20).
47. Maslach, C. Job burnout: new directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science* 2002, 12, 189-192.
48. Pines, A. Burnout. In: L. Goldberger, Sh. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*, NY: Free Press, 1993, 2ª ed.: 386-402.
49. Pines, A., Aaronson, E. *Career burnout: causes and cures*. NY: Free Press, 1988.
50. Maslach, C., Leiter, M.P. The truth about burnout, 1997; cit: Maslach, C. Job burnout and engagement. Paper to workshop about "Work and Well-being". XXVII Interamerican Congress of Psychology, Caracas, julio de 1999.
51. Maslach, C., Schaufeli, W., Leiter, M. Job Burnout. *Annual Reviews Psychology* 2001; (52):397-422.
52. Vinaccia, S., Alvaran, L. El síndrome de Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería. Un estudio exploratorio. *Terapia Psicológica* 2004; 22 (1): 9-16.
53. Lackritz, J.R. Exploring burnout among university faculty: incidence, performance, and demographic issues. *Teaching and Teacher Education* 2004, 20, 713-729.
54. Moreno-Jiménez, B., Arcenillas, Mª. V., Morante, M.E., y Garrosa, E. El desgaste profesional en profesores de educación primaria, personalidad y sintomatología asociada. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones* 2005, 21, 71-88.
55. Moriana, J.A, Herruzco, J. Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2004, 4(3), 597-621.

- ⁵⁶. Blasco, J.R., Llor, E., García, M., Saéz, M., y Sánchez, M. Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. *Mapfre Medicina* 2002, 13, 258-267.
- ⁵⁷. Euwema, M.C., Kop, N., Bakker, A. The behaviour of police officers in conflict situations: how burnout and reduced dominance contribute to better outcomes. *Work and Stress* 2004, 18(1), 23-38.
- ⁵⁸. Rubio, L., Aragón, J.L. Estudio sobre el síndrome de estar quemado o "burnout" en la Policía Local. *Veu Pública*, Noviembre. Valencia: Federació de Serveis Públics d'UGT, 2003.
- ⁵⁹. Topa, G., Morales, J. Determinantes específicos de la satisfacción laboral, el burnout y sus consecuencias para la salud: un estudio exploratorio con funcionarios de prisiones. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* 2005, 5(1), 73-83.
- ⁶⁰. Cren, J.G., Montagner, P.C. Treinamento esportivo e burnout: Reflexões teóricas. *EF Deporte, Revista Digital* 2004, 10(78).
- ⁶¹. Grau, A., Suñer, R., García, M. M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria* 2005, 19, 463-70.
- ⁶². Guevara, C.A., Henao, D.P., Herrera, J.A. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia Médica* 2004, 35, 173-178.
- ⁶³. Hernández, P. Estudio descriptivo del síndrome de burnout en personal de salud del Hospital Militar de Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología* 2002, 7, 71-84.
- ⁶⁴. Moreno-Jiménez B., González, J.L., Garrosa, E., Peñacoba, C. Professional burnout in hospitals. Influence of sociodemographic variables. *Rol de Enfermería* 2002, 25, 18-26.
- ⁶⁵. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). Salud Laboral. Disponible en: <http://www.istas.net/wed/index.pag1233>, 2008.
- ⁶⁶. Esteva, M., Larraz, C., Soler, J.K., Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. *Atención Primaria* 2005, 35, 108-9.
- ⁶⁷. Rodríguez, F.J., Blanco, M. A, Isaac, S., Romero, L., Gayoso, P. Relación de la calidad de vida

- profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Atención Primaria* 2005, 36,442-47.
- ⁶⁸. Palmer, L.Y., Gómez, A., Cabrera, C., Prince, R., Searcy, R. Prevalence of Burnout syndrome among anesthesiologists in Mexicali. *Gaceta Medica Mex* 2005; 141(3), 181-183.
- ⁶⁹. Moreno-Jiménez, B., Meda, R.M., Rodríguez-Muñoz, A., Palomera, A., Morales, M.M. El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: Prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud* 2006, 16(1), 5-13.
- ⁷⁰. Dorz, S., Novara, C., Sica, C., y Sanavio, E. Predicting Burnout among HIV/AIDS and Oncology Health Care Workers. *Psychology & Health* 2003, 18(5), 677-85.
- ⁷¹. Hernández, L. El síndrome de burnout en médicos y enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Facultad de Salud Pública del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, 1995.
- ⁷². Chacón, M. El burnout en personal de enfermería. *Memorias del Congreso Internacional de Dolor y Cuidados Paliativos*. Puerto Vallarta, México, 1995, 35-48.
- ⁷³. Chacón, M. Personalidad resistente, sentido de coherencia y burnout en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Facultad de Salud Pública del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, 1999.
- ⁷⁴. Chacón, M., Grau, J. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista cubana de Oncología* 1997, 13(2):118-25.
- ⁷⁵. Chacón, M., Grau, J. Burnout en los equipos de cuidados paliativos: evaluación e intervención En: M. Gómez Sancho (Coord.). *Avances en cuidados paliativos*. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, 2003, T. III, 149-158.
- ⁷⁶. Gil-Monte, P.R. El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy* 2003, 1(1), 19-33. Disponible en: <http://www.dpi.uem.br/Interacao/index.htm>.

77. Benevides Pereira, A.M.T. As atividades de enfermagem em hospital: um fator de vulnerabilidade ao burnout. En: A.M.T. Benevides-Pereira (Coord.) Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, cap. 5, 133-156.
78. Olza, I. Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de burnout en los profesionales sanitarios. Tesis de Doctorado, Universidad de Zaragoza, 1999.
79. Aranda C, Pando M,, Pérez M. B. Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. Psicología y Salud 2004, 14(1): 79-88.
80. Keijsers, G.J. Shacufeli, W.B., LeBlanc, P.M., Zwerts, C., Miranda, D.R. Performance and burnout in intensive care units. Work and Stress 1995, 9, 513-527.
81. Firth, H., McKeown, P., McIntee, P., Britton, P. Professional depression, burnout and personality in long way nursing. Journal of Nursing Study 1987, 24, 227-237.
82. Lautert, I. O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. Revista Gaúcha de Enfermagem 1997, 18, 133-144.
83. Benevides Pereira, A.M.T. MBI-Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil. En: Anais da XXXII Reunião Anual de Psicologia, Rio de Janeiro, 2001, 84-85.
84. Amorim, C.A. Burnout em enfermagem. XXXI Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia. Resumos 2001, 85-86.
85. Lara, S., Amorim, C., Silva, M. The burnout syndrome on Mental Health Care Professionals: In: The 10th European Congress on Work and Organizational Psychology, Praga. Book of Abstracts 2001, 482
86. Glass, D.C., McKnight, J.D., Valdimarsdottir, H. Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1993; 61, 147-155.
87. Portales, A. Niveles de burnout en enfermeras de servicios médicos y quirúrgicos. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Facultad de Salud Pública del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, 1997.

- ⁸⁸. Rivera, A. Presencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeros del Hospital C.Q. "Hermanos Ameijeiras". Reporte de investigación, Facultad de Psicología, UNAM, México, 1998.
- ⁸⁹. Landeros, M. Estrés y burnout en enfermeras de servicios médicos y quirúrgicos del Hospital General Docente "Calixto García". Tesis de Maestría en Psicología de la Salud, Facultad de Salud Pública del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, 1997.
- ⁹⁰. Chacón, M., Grau, J., Llantá, M.C., Infante, I., Barbat, I, Massip, C, Grau, R. Eficacia de un programa de intervención para mejorar la calidad de vida laboral del personal de enfermería oncológica. Reporte de investigación, INOR, 2005.
- ⁹¹. Santos, M.L., Grau, J. Síndrome de burnout en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales. Revista Psicología y Salud 2005, 15 (1); 25-32.
- ⁹². Román, J.H. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primarios y secundarios de atención. Revista Cubana de Salud Pública 2003; vol. 29 (2); 103-110 .
- ⁹³. Amaranto, E., Steinberg, J., Castellanos, C., y Mitchell, R. Police stress interventions. Brief Treatment and Crisis Interventions 2003, 3 (1),47-53.
- ⁹⁴. Slaby, A.E. Cancer's Impact on Caregivers. In: Golberg, R.J.(Ed.). Psychiatric Aspects of cancer. Adv Psychosom. Med 1993; (18): 135-153.
- ⁹⁵. Ramírez, A., Grahan, J., Richards, M.A. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. British Journal of Cancer 1995; 71: 1263-1269.
- ⁹⁶. Arranz, P., Torres, J., Cancio, H., Hernández, F. Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales. Revista de la Sociedad Española del Dolor 1999; (6), 302-311
- ⁹⁷. Taylor, B., Bulmer, B., Hill, L. Exploring idealism in palliative nursing care through reflective practice and action research. Internat J. of Palliat Nursing 2002, 8(7), 324-330.
- ⁹⁸. López, S.M.T. Síndrome de burnout en Cuidados Paliativos. Avances sin final. Edit. Alcalá. Madrid, 2003; 501-503.

99. Taerk, G. Psychological support of oncology nurses: a role for the liaison Psychiatrist. Canadian J. of Psychiatry 1983; 28:532-35.
100. Moynihan, R.T., Outlaw, E. Nursing support groups in a cancer center. J of Psychosocial Oncology 1984; 2(1): 33-48.
101. Ferro, N., Cuello, G. Evaluation of burnout in oncology physician and nurses. Psycho oncology 1998; 7(4), supp. 115.
102. Mallet, K., Price, H., Jurs, S. Relationship among burnout, death, anxiety and social support in Hospice and critical care nurses. Psychol Rep 1991; 68:1347-59.
103. Chacón, M., Grau, J., Martín, M. Estados emocionales generados por situaciones laborales estresantes en enfermeros oncólogos. Reporte de investigación, INOR, La Habana, 1994.
104. López, R.M., Martín, C.M, Fuentes, C.I., García, E., Ortega, R., Cortés, A.D., García, J.L. El síndrome de burnout en el personal sanitario. Instrumento de medida. Medicina Paliativa 2000, 7 (3), 94-100.
105. Manzano, G., Ramos, F. Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. Revista Psicología del Trabajo y de las organizaciones 2000, 16 (2), 197-213.
106. Chacón, F., Vecina, M.L., Barrón, A., De Paúl, M,P. Burnout en voluntarios que trabajan con pacientes de SIDA o Cáncer. Clínica y Salud 1999,10 (2), 137-150.
107. Prieto, L., Robles, E., Salazar, L.M., Daniel, E. Burnout en médicos de Atención Primaria de la provincia de Cáceres. Atención Primaria 2002; 29 (5), 294-302.
108. Ortega, C., Lopez, F. El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. International Journal of Clinical and Health Psychology 2004, 4(1), 137-160.
109. Benavides, F. G., García, A. M. La sorprendente historia de las enfermedades profesionales en España. Medicina Clínica 2008, 131 (14), 159.

110. García, M., Sáez, M.C., Llor, B. Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2000; 16 (2), 215-228.
111. Halbesleben, J.R., Buckley, M.R. Burnout in organizational life. *Journal of Management* 2004, 30, 859-879.
112. Mingote, J.C., Moreno-Jiménez, B., y Gálvez, M. Desgaste profesional y la salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas preventivas. *Medicina Clínica* 2004, 123, 265-270.
113. Da Silva, H., Daniel, E., Pérez, A. Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría* 1999; 27(5), 310-320.
114. Arón, A.M., Milicic, N. Desgaste profesional de los profesores y clima social escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2000: 32(3), 447-466.
115. Segarra, M., Garrido, J. La supervisión de enfermería y el burnout: un estudio sobre factores laborales y psicológicos. *Gestión Hospitalaria* 2000:11(4), 165-169.
116. Belloch, S.L., Renovell, V., Calabuig, J.R., Gómez, L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *Anales de Medicina Interna* 2000; 17(3), 118-122.
117. García, M., Sobrido, N., García, M., Raña, C., Saleta, L. El síndrome de burnout en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica* 1999; 61/67; 202-203.
118. Manzano, G. Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las administraciones públicas. *Dirección Organización y Administración de Empresa* 2001; 25, 148-159.
119. Página web <http://danr.ucop.edu/adlaboral/Spanish-dictionary.pdf>. Activo 2004.
120. Tárela, J. La enfermedad de Tomás o cuando el médico se enferma. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/fec/foros/cardtran/gral/Enfermedad deTomas.htm>. 2002. (activo dic.2004).
121. Gervás, J.J., Hernández, L.M. Tratamiento de la enfermedad de Tomás. *Medicina Clínica* 1989: (93), 572-575.

- ¹²². Benevides-Pereira, A.M. Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho. En: Benevides-Pereira AM. (comp..). Burnout: Quando o trabalho ameaça o bemestar do trabalhador Sao Paulo. Casa do Psicólogo, 2002; 1-91.
- ¹²³. Hart, P.M., Cooper, C.L. Occupational stress: toward a more integrated framework. In: N. Anderson, D.S. Ones, H.K. Sinangil, C. Viswesvaran (Eds.) Hanbook of Industrial Work and Organizational Psychology; 2001, V (II),.93-114.
- ¹²⁴. Croker, J., Major, B., Steele, C. Social stigma. In: D.T. Gilbert, S.T. Fiske, G.Lindzey (Eds). The Handbook of Social Psychology (4^{ta} ed., tomo II), McGraw-Hill, 1998, 504-553.
- ¹²⁵. Grau, J., Hernández, E., Vera-Villarroel, P. Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En: E. Hernández, J. Grau (Eds.) Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones. Guadalajara, México: CUCS, 2005, cap. 3, 113-178.
- ¹²⁶. Lazarus, R.S., Folkman, S. Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- ¹²⁷. Schaufeli, W.B, Leiter, M.P, Maslach, C., Jackson, S. The Maslach Burnout Inventory: General Survey (MBI-GS). In: C. Maslach, S.E. Jackson, M.P. Leiter. (Eds.) Maslach Burnout Inventory Manual (3ra. ed). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1996, 19-26.
- ¹²⁸. Matteson, M.T., Ivancevich, J.M. Controlling work stress. Effective human resource and management strategies. San Francisco: Jossey-Bass,1987
- ¹²⁹. Cooper, C.L., Dewe, P., O'Driscoll, M.P. Organizational stress. A review and critique of theory, research and applications. Beverly Hills: Sage Publication, 2001.
- ¹³⁰. Maslach, C., Jackson, S.E. Maslach Burnout Inventory, 2a ed. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press, 1986.
- ¹³¹. Maslach, C., Pines, A. The Burn-out syndrome in the day care setting. Child Care Quarterly 1977, (6), 100-113
- ¹³². Maslach, C., Jackson S.E. Burnout cops and their families. Psychology Today 1979, 12 (2), 59-62.

133. Edelwich, J., Brodsky, A. Burnout: stages of disillusionment in the helping professions. N.Y.: Human Sciences Press, 1980.
134. Pines, A., Kafry, D. Coping with burnout. En: J.W. Jones (Ed.). The burnout syndrome: current research, theory, interventions. Park Ridge, Ill: House Press 1982, 139-150.
135. Ryerson, D., Marks, N. Career burnout in the human services: Strategies intervention. In: J.W. Jones (Ed.). The burnout syndrome: current research, theory, interventions. Park Ridge, Ill: House Press, 1982, 151-164.
136. Karguer, H.J. Burnout as alienation. Social Service Review 1981; 55(2), 270-283.
137. Pines, A., Aaronson, E., Kafry, D. Burnout: from tedium to the personal growth. N.Y.: Free Press, 1981.
138. Cotton, D.G. Stress management: an integrated approach to therapy. N.Y.: Brunner/Mazel, 1990.
139. Firth, H., Britton, P. Burnout, absence and turnover amongst British nursing staff. Journal of Occupational Psychology 1989; 62(1):55-59.
140. Farber, B.A. Stress and burnout in suburban teachers. J of Educad Res; 1984, 77(6):325-31.
141. Fornés, V.J. Acoso psicológico en el mundo laboral. Responsabilidades y control. Revista Psiquiatría.com. Interpsiquis, 2003; 1-10.
142. Gil-Monte, P.R. El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica. En: P.R. Gil-Monte, B. Moreno Jiménez (Coords.) El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide, 2007, 21-42.
143. Moreno-Jiménez, B. Evaluación, medidas y diagnóstico del síndrome del burnout. En: P.R. Gil-Monte, B. Moreno Jiménez (Coords.) El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide, 2007, 43-70.
144. Fischer, H.J. A psychoanalytic view of burnout. En: B.A. Farber (Ed). Stress and burnout in the human services professions. N.Y. Pergamon Press, 1983, (1985, 2ª ed), 40-45.
145. Cox, T., Kuk, G., Leiter, M. Burnout health, work stress, and organizational healthiness. In: W.B.

- Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (Eds.). Profesional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor & Francis, 1993; 177-193.
146. Cherniss, C. The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. In: W.B. Schaufeli, T. Moret, C. Maslach (Eds.). Professional burnout: recent developments in theory and research. Washington DC: Hemisphere, 1993, 135-49.
 147. Buun, B.P., Schaufeli, W.B. Burnout: A perspective from social comparison theory. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach, T Marck (Eds.). Profesional burnout: Recent developments in theory and research. London: Taylor and Francis.1993; 53-69.
 148. Ordenes, D.N. Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. Revista Chilena de Pediatría 2004; 75 (5): 449-454.
 149. Katz, D., Kahn, R.L. Psicología Social de las organizaciones. México: Trillas, 1990.
 150. Tabernero-Urbieto, C., Briones, E., Arenas, A. Autoeficacia en la prevención del SQT: propuesta de un programa de entrenamiento. En: P.R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (Coords.). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide, 2007, 80-98.
 151. Barbosa-Branco, A. Epidemiologia dos Afastamentos do Trabalhador por Doença Mental no Brasil. En I Congresso Internacional sobre Saúde Mental no Trabalho. Goiânia, 2004.
 152. Morett-Natiera, N., Morante Benadero, Ma.E., Rodríguez-Muñoz, A., Rodríguez-Carvajal, R. El síndrome de burnout en los profesionales de emergencias. En: P.R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (Coords.). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide, 2007, 149-162.
 153. Silveira-Rondán, N.N., Rodríguez-Carvajal, R. El estrés laboral, la satisfacción laboral y el síndrome de burnout en profesionales de salud de Uruguay. En: P.R. Gil-Monte y B. Moreno Jiménez (Coords.). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide, 2007, 170-186.
 154. Topa, G., Morales, J. Determinantes específicos de la satisfacción laboral, el burnout y sus consecuencias para la salud: un estudio exploratorio con funcionarios de prisiones. International

Journal of Psychology and Psychological Therapy 2005, 5(1), 73-83.

155. Chacón, M., Grau, J., Massip, C., Guerra, Ma.E. Afrontamientos y emociones en profesionales de enfermería oncológica con el síndrome de burnout. *Revista Psicología y Salud* 2006; 16(2), 115-128.
156. Gómez Sancho, M; Grau Abalo J. Dolor y sufrimiento al final de la vida. Madrid: Arán, 2006.
157. Gómez Sancho, M. Cómo dar las malas noticias en Medicina? Madrid: Editorial Arán, 2006.
158. Spaniol, L., Caputo, G. Professional burnout: A personal survival kit. Levigton, M.A: Human Services Associates, 1979.
159. Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M., Valcárcel P. A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamiento organizacional e Gestao* 1998; 4(1), 165-179.
160. Durán, M. A., Extremera, N., Rey, L .Burnout en profesionales de enseñanza: un estudio en Educación Primaria. Secundaria y Superior. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2001, 17 (1), 45-62
161. Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats M., y Braga, F. El síndrome burnout en profesionales de la salud hispanoamericanos. *Rev Esp Salud Pública*; 2009, 83 (2), 215-230.
162. Price, D.M., Murphy, P.A. Staff burnout in the perspective of grief theory. *Death Education* 1984; 8(1), 47-58.
163. Golembiewski, R.T., Munzenrider, R., Carter, D. Phases of progressive burnout and their work site co variants: critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science* 1983; 19, 461-481.
164. Gold, Y., Roth, R.A. Teachers managing stress and preventing burnout. London: The Farmer Press, 1993.
165. Farber, B.A. Crisis in education. Stress and burnout in the american teacher. In: M.A. Manassero y cols. (Eds.) *Burnout en profesores: impacto sobre la calidad de la educación, la salud, y consecuencias para el desarrollo profesional*. Memoria final de investigación. MEC-CIDE, 1991.

166. Bandura, A. *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
167. Thompson, M.S., Page, S.L., Cooper C.L. A test of Carver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine* 1993; (9), 221-235.
168. Blase, J.J. A social-psychological grounded theory of teacher stress and burnout. *Educational Administration Quarterly* 1982; 18(4), 93-113.
169. Winnubst, J.A. Organizational structure, social support, and burnout. In: W.B. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (Eds.) *Professional burnout: Resents developments in theory and research*. London: Taylor & Francis, 1993, 151-162.
170. Schwab, R.L., Jackson, S.E., Schuler, R.S. Educator burnout: sounds and consequences. *Educational Research Quarterly* 1986; 10(3), 14-30.
171. Schaufeli, W.B., Van Dierendonck, D. A cautionary note about the cross-national and clinical validity of cut-off points for the Maslach Burnout Inventory. *Psychological Reports* 1995; 76, 1083-1090.
172. Oliver, C., Pastor, J., Aragonese, A., Moreno-Jiménez, B. Una teoría y una medida del estrés laboral asistencial. En: Colegio Oficial de Psicólogos (Ed.) *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*, vol. 5. *Psicología y Salud: Psicología de la Salud* (pp. 291-297). Madrid: COP, 1990.
173. Moreno-Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A., Miralles, T. La evaluación del burnout. Problemas y alternativas: validación del CBB. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 1997, 13, 185-207.
174. Gil-Monte, P.R., Schaufeli, W.B. Burnout en Enfermería: un estudio comparativo España-Holanda. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 1991, 7(19), 121-130.
175. Lee, R.T., Ashfort, B.E. A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: comparison between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decisions Processes* 1993; 54(3), 369-398.
176. Eagly, A.H., Chaiken, S. *The psychology of attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace Jovanovich,

1993.

177. Gil-Monte, P.R., Moreno-Jiménez, B. (Coords.) El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide, 2007.
178. Noval, R. Aspectos médicos éticos y legales. Disponibles en:
<http://www.wamportal.com/hemeroteca/articulos/articulo/.html>, 2002
179. Deckard, G., Meterko, M., Field, D. Physician burnout: an examination of personal, professional and organizational relationships. *Medical Care* 1994, 32(7), 745-754.
180. Topf, M., Dillon, E. Noise-induced stress as a predictor of burnout in critical care nurses. *Heart and Lung* 1988, 17 (5), 567-574.
181. Valdez, P., Ramírez, C., Téllez, A. Alteraciones del ciclo dormir-vigilia. En: A. Téllez. Trastornos del Sueño. Diagnostico y Tratamiento. México: Trillas (2d. ed.), 1998, 193-230.
182. Carpentier, L., Cazamian R. El trabajo Nocturno. Organización Internacional del Trabajo. Ginebra: 1977.
183. Krausz, M., Sagie, A., Bidermann, Y. Actual and preferred work schedules and scheduling control as determinants of job-related attitudes. *Journal of Vocational Behavior* 2000, 56, 1-11.
184. Osca, A., González-Camino, G., Bardera, P., Peiró, J.M. Estrés de rol y su influencia sobre el bienestar psíquico y físico en soldados profesionales. *Psicoterapia* 2003, 15(1), 54-57.
185. Posing, M., Kickul, J. Extending our understanding of burnout: test or an integrated model in no service occupations. *Journal of Occupational Health Psychology* 2003, 8(1), 3-19.
186. González, R. Prevenir el síndrome de burnout: una propuesta cognitiva. *Semergen* 2002; 28 (sup,2), 18-26.
187. Constable, J.F., Russell, D.W. The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *J of Human Stress* 1986, (12), 20-26.

188. Russell, D.W., Altamier, E., Velzen, D.V. Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology* 1987; 72(2), 269-274.
189. Etzion, D. Moderating effect of social support on the stress-burnout relationship. *J of Applied Psychology* 1984, 69 (4), 615-22.
190. Zellars, K.L., Perrewé, P.L. Affective personality and the content of emotional social support: coping in organizations. *British Journal of Applied Psychology* 2001, 86(3), 459-467.
191. Elloy, D.F., Terpening, W., Kohis, J. A causal model of burnout among self-managed work team members. *The Journal of Psychology* 2001, 135(3), 321-334.
192. Bakker, A.B., Schaufeli, W.B., Sixma, H.J., Bosveld, W. Burnout contagion among general practioners. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2001, 20(1), 82-98.
193. Salanova, M., Peiró, J.M., Schaufeli, W. Self-efficacy specificity and burnout among information technology workers: an extension of the job-demand-control model. *Europea Journal of Works and Organizational Psychology* 2002, 11(1), 1-25.
194. Agut, S., Grau, R., Beas, M. Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo: Simposio sobre Aspectos psicosociales del estrés ocupacional. Universitat Jaume I. Disponible 2003, en: http://www.salves.com.br/virtual/Burnout_en_muj.htm
195. McCranie, E.W., Brandsma, J.M. Personality antecedents of burnout among middle-aged Physicians. *Behav Medicine* 1988, 14, 30-36.
196. Lemkau, J.P., Purdy, R.R., Rafferty, J.P. et al. Correlates of burnout among family practice residents. *J of Med Education* 1988, 63, 682-691.
197. Nagy, S., Davis, L.G. Burnout: a comparative analysis of personality and environmental variables. *Psychological Reports* 1985; 57: 1319-26.
198. Evers, W.J., Brouwers, A., Tomic, W. Burnout and sef-efficacy: A study on teachers beliefs when implementing an innovative educational sytem in the Netherlands. *British Journal of Educational Psychology* 2002, 71: 227-243

199. Zellars, K.L., Perrewé, P.L., Hochwather, W.A. Mitigating burnout among high-NA employees in health care: What can organizations do?. *Journal of Applied Social Psychology* 1999, 29(11):2250-2271.
200. Salanova, M., Grau, R.M., Cifre, P., Llorens, S. Computer training, frequency of usage and burnout: the moderating role of computer self-efficacy. *Computers in Human Behavior* 2000, 16: 575-590.
201. Nowack, K.M. Type A, hardiness and psychological distress. *J of Behav Med* 1986, 9(6): 537-548.
202. Haack, M.R. Stress and impairment among nursing students. *Research in Nursing and Health* 1988, (11):125-34.
203. Moreno-Jiménez, B., Gonzáles, J., Garrosa, E. Variables de personalidad y proceso del burnout: Personalidad resistente y sentido de coherencia. *Revista Interamericana de Psicología Ocupacional* 2001, 20(1): 1-18.
204. Vera, P.E. Optimismo y Salud. En: L. Flórez, M.M. Botero, B. Moreno (Eds). *Psicología de la Salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica*. Bogotá: Kimpress Ltda. 2005, 77-88.
205. Chico, E. Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema* 2002, 14: 544-550.
206. Kobasa, S.C, Maddi, S.R., Courington, S. Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. *Journal of Health and social Behavior* 1981, 22: 368-378.
207. Topf, M. Personality hardiness, occupational stress and burnout in critical care nurses. *Research in Nursing and Health* 1989; 12(3): 179-186.
208. Oliver, C. Análisis de la problemática de estrés en el profesorado de enseñanza media: el burnout como síndrome específico. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología, UAM, 1993.
209. Boyle, A., Grap, M., Younger, J. et al. Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *J of Advanced Nursing* 1991, 16 (7): 850-857.
210. Antonovsky, A. *Unraveling the mistery of health*. San Francisco: Jossey Bass, 1987.

211. Armikan, J.H., Greaves, H. Sense of coherence and stress: the mechanics of a healthy disposition. *Psychology and Health* 2003, 18(1): 31-62.
212. Peñacoba, C., Moreno, B. El concepto personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología* 1998, 58: 61-96.
213. Soderfeldt, M., Soderfeldt, B., Ohlson, C.G., Theorell, T., Jones, I. The impact of coherence and high-demand-low-control job environment on self-reported health. Burnout and psychophysiological stress indicators. *Work y Stress* 2003, 14(1), 1-15.
214. Caballero, M.A., Bermejo, F., Nieto, R., Caballero, F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención Primaria* 2001, 27 (5):313-317.
215. Gil-Monte, P.R. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología en estudio* 2002, 77(1): 3-10.
216. Alonso, E., Pozo, C. Análisis de los factores psicosociales de riesgo en los profesionales dedicados al cuidado de la salud. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 2001, 17 (3): 273-294.
217. Ceslowitz, S.B. Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *J of Advanced Nursing* 1989; 14(7): 553-558.
218. Richardsen, A.M., Burke, R.J., Leiter, M.P. Occupational demands, psychological burnout and anxiety. *Stress and Coping* 1992, 5(1): 55-68.
219. López, S.M.T. Síndrome de burnout en Cuidados Paliativos. *Avances sin final*. Madrid: Alcalá, 2003, 501-503.
220. Benevides-Pereira, A.M.T. El síndrome de burnout en Brasil y su expresión en el ámbito médico. En: P.R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (Coords.). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo*. Madrid: Pirámide, 2007, 187-201.
221. Jones, J.W. *The Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge, Ill.: London House, 1980

222. García, S.H.C. Validez convergente del inventario de burnout en psicólogos: una muestra mexicana. Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Tesis para optar por el título de Doctora en Psicología de la Salud, 2005
223. Flórez Alarcón, L., Rodríguez Muñoz, A. Una mirada al síndrome de burnout en Colombia: el desgaste profesional de los psicólogos. En: P.R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (Coords.). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide, 2007, 219-230.
224. Fernández-Castro, J., Blasco-Blasco, T. Instrumentos para la valoración del estrés. En: T. Gutiérrez, R.Ma. Raich, D. Sánchez J. Deus (Coords.) Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud. Madrid: Alianza Editorial, 2003, 95-116.
225. Iwanicki, E.F., Schwab, R.L. A cross validation of the Maslach Burnout Inventory. Educational and Psychological Measurement 1981; 41: 1167-1174.
226. Jackson, S.E., Schwab, R.L., Schuler, R.S. Toward and understanding of the burnout phenomenon. Journal of Applied Psychology 1986; 71: 630-640.
227. Maslach, C., Jackson S.E., Leiter, M.P. Maslach Burnout Inventory manual (3ra. ed.). Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press, 1996.
228. Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., Christensen, K.B. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. Work and Stress 2005; 19:192-207.
229. APA. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson, 2002.
230. Shirom, A. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups professionals. International Journal of Stress Management 2006; 13: 176-200.
231. Gil-Monte, P.R. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) en una muestra de policías municipales. Salud Pública de México 2002, (44)1, 33-40. Disponible en Activo abril 2006: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

232. Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., Escobar, E. La evaluación del burnout profesional. Factorización del MBI-GS. Un análisis preliminar. *Ansiedad y estrés* 2001, 7, 69-77.
233. Gillespie, D.F., Numeroff, R.E. The Gillespie-Numeroff Inventory: Technical Manual. St. Louis: Washington University, 1984.
234. Ford, D.L., Murphy, C.J., Edwards, K.L. Exploratory development and validation of a perceptual job burnout inventory: comparison of corporate sector and human services professional. *Psychological Reports* 1983; 52: 995-1006.
235. Meier, S.T. The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology* 1984; 57: 211-219.
236. Matthews, D.B. A comparison of burnout in selected occupational fields. *Development Quarterly* 1990; 38: 230-239.
237. Emener, W.G., Luck, R.S., Gohs, F.X. A theoretical investigation of the construct burnout. *Journal of Rehabilitation Administration* 1982; 6: 188-196.
238. Revicki, D., May, H.J., Whitley, T.W. Reliability and validity of the work related strain inventory among health professionals. *Behavioral Medicine* 1991; 17: 11-120.
239. Pines, A.M. The Burnout Measure. Short version. *International Journal of Stress Management* 2005; 12: 75-88.
240. Shirom, A. Reflections on the study of burnout. *Work and Stress* 2005; 19: 263-270.
241. Schaufeli, W.D., Martínez, I.M., Marques, A., Salanova, M., Bakker, A.V. Burnout and engagement in university students. *Journal of Cross.Cultural Psychology* 2002; 33(5): 464-481.
242. Demerouti, E., Bakker, A.B., Vardakou, I.K. The convergent validity of two burnout instruments: a multrait multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment* 2002; 18: 296- 307.
243. Bakker, A.B., Demerouti, E., Verbeke, W. Using the job demands resources model to predict burnout and perfomance. *Human Resource Management* 2004; 43: 83-104.
244. Halbeslebem, J.R., Demerouti, E. The construct validity of an alternative measure of burnout:

investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work and Stress* 2005; 19: 208-220.

245. García, M. Evaluación del burnout: estudio de la fiabilidad, estructura empírica y validez de la Escala EPB. *Ansiedad y Estrés* 1995; 1, 219-229.
246. Almeida, M.C., Ruiz, Z.A. Síndrome de burnout en personal docente. Universidad de Santander, Facultad de Humanidades, Bucaramanga, manuscrito no publicado, 2006.
247. Laca, F.A., Mejía, J. L. Burnout, bienestar subjetivo y patrones de decisión en maestros mexicanos. *Revista de Psicología Social y Personalidad* 2005; 21: 117-132.
248. Miño Sepúlveda, A. Análisis psicométrico del cuestionario de burnout para el profesorado CBP-R en docentes del sector municipalizado. Universidad de Santiago de Chile, Escuela de Psicología, manuscrito no publicado, 2006.
249. González, J.L., Moreno, B., Peñacoba, C., Alcocer, N., Alonso, L., Del Barco, P., Ardoy Cuadro, J. Burnout in occupational therapy: an analysis focused on the level of individual and organized consequences. *Psychology in Spain* 2004; 8: 98-105.
250. Rainho, C., Monteiro, M.J., Pereira, A., Queiron, P. Adaptação cultural do cuestionario Desgaste Profissional en enfermeiros. *Revista Investigação em Enfermagem* 2006; 13: 27-36.
251. Benevides-Pereira, A.M., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., González, J. L. La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: el Inventario de Burnout de Psicólogos. *Clínica y Salud* 2002; 13: 257-283.
252. Gil-Monte, P.R. La evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en centros para personas con discapacidad: construcción y validación test-retest del Cuestionario para la evaluación del síndrome de Quemarse en el Trabajo (CESQT-versión PD). Memoria técnica. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2004.
253. De la Gándara, J.J., García C., González-Correales, R., Alvarez, M.T. Estudio del burnout mediante el test CUBO (Cuestionario Urgente de Burnout). Análisis de fiabilidad. *Anales de Psiquiatría* 2005; 21: 223-339.

254. Merino, E. Carbonero, M.A., Moreno-Jiménez, B., Morante, M.E. La escala de irritación como instrumento de evaluación de estrés laboral. *Psicothema* 2006; 18: 419-424.
255. Rainho, C. Síndrome de burnout: aplicação do Questionário Breve do Burnout. *Nursing* 2005; 16: 7-11.
256. Colectivo de autores, *Gestión del Equipo Básico de Salud*. ENSAP, 2004
257. Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., Hoogduin, K., Schaap, C., Kladler, A. On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology and Health* 2001; 16: 565-582.
258. Kahill, S. Symptoms of professional burnout: a review of the empirical evidence. *Canadian Psychology* 1988; 29: 284-297.
259. Glass, D.C., Mc Knight, J.D. Perceived control, depressive symptomatology and professional burnout. A review of the evidence. *Psychology and Health* 1996; 11: 23-48.
260. Maslach, C., Leiter, M.P. Stress and burnout. The critical research. In: C.L. Cooper (Ed.). *Stress, medicine and health*. Boca Raton: CRC Press, 2005, 155-172.
261. Chacón, M., Grau, J. El síndrome de desgaste profesional en salud o burnout: necesidad de la investigación-acción. Ponencia en el II Congreso Internacional sobre Salud y Trabajo, Palacio de Convenciones de Cuba, 2007.
262. Stevens, M.J., Pfof, K.S. A problem-solving approach to staff burnout in rehabilitation settings. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 1983; 27 (2): 101-107.
263. Kunkler, J., Whittick, J. Stress-management groups for nurses: practical problems and possible solutions. *Journal of Advanced Nursing*. 1991; 16 (2): 172-176.
264. Son, A.M., Rozeman, A., Versloot, J.M. The effectiveness of a burnout prevention project in a software house. Report to 6th European Congress on Work and Organizational Psychology, Alicante, Spain, 1993.
265. Bolle, J.L. Supporting the deliverers of care: strategies to support nurses and prevent burnout. *The Nurses Clinics of North America* 1988; 23 (4): 843-850.

- ²⁶⁶. Sutherland, V.J., Cooper, C.L.. Understanding stress: a psychological perspective for health professionals. London: Chapman & Hall, 1999.
- ²⁶⁷. Voguel, L. De la indemnización a la prevención de enfermedades profesionales: el mayor desafío para las estrategias de salud en el trabajo en Europa. La Mutua 2008, 19, 181-204.
- ²⁶⁸. Huse, E., Bowditch, J. El comportamiento humano en la organización. Bilbao: Deusto, 1986.
- ²⁶⁹. Orlowsky, J.P., Gullledge, A.D. Critical care stress and burnout. Critical Care Clinics 1986; 2 (1): 173-181.
- ²⁷⁰. Adam, E. Hacia donde va la Enfermería Interamericana. Revista Interamericana. España, 1980.
- ²⁷¹. Recursos Humanos en Salud, 2005. Anuario Estadístico. Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública de Cuba. 2006; 110-116.
- ²⁷². Carmona, F.J., Sanz, L.J., Marín, D. Relaciones entre el síndrome de burnout y el clima laboral en profesionales de enfermería. Interpsiquis, 1-7, 2002. Disponible en línea: <http://www.psiquiatría.com>
- ²⁷³. McGrath, A., Reid, N., Boore, J. Occupational stress in nursing. International Journal of Nursing Studies 2003; 40, 555-565.
- ²⁷⁴. Puialto, M.J., Rodríguez, R.A., Moure, F.L. Prevalencia del síndrome de burnout y factores relacionados en las enfermeras del Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, 2005. Disponible en: <http://www.uv.es>
- ²⁷⁵. Boada, J., de Diego, R., y Agulló, E. El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuencias del clima organizacional y de la motivación laboral. Psicothema 2004, 16, (1), 125-131.
- ²⁷⁶. Van Emmerik, H., Jawahar, I. M., y Stone, T. H. Associations among altruism, burnout dimensions and organizational citizenship behaviour. Work & Stress 2005, 19 (1), 93-100.
- ²⁷⁷. Posing, M., Kickul, J. Editing our understanding of burnout. Test of an integrated model in nonservice occupations. Journal of Occupational Health Psychology 2003, 8(1), 3-19.

278. Galarza, M. Trastornos del dormir en trabajadores de turnos nocturnos y rotatorios. En: Alternativas de prevención y tratamiento: Memorias del IV congreso Mexicano de Psicología México, DF, 1985.
279. Infante, I., Moret, A. Plantilla Optima del Personal de Enfermería del Instituto Nacional de Oncología. Vicedirección de Enfermería, documento no publicado, 2004.
280. Zellars, K.L., Perrewé, P.L., Hochwaters, W.A. Burnout in health care: The role of the Five Factor personality. *Journal of Applied Social Psychology* 2000; 30(8), 1570-1598.
281. Meda-Lara, R. M., Palomera, CH. A., Morante, M.^a E. El síndrome de burnout en profesionales de enfermería mexicanos. Evaluación, medidas y diagnóstico del síndrome del burnout. En: P.R. Gil-Monte, B. Moreno Jiménez (Coords.) El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide, 2007, 163-170.
282. Novack, M., Chappell, N.L. The impact of cognitively impaired patients and shift of nursing assistant stress. *International Journal of Aging and Human development* 1996; 43 (3); 235-248.
283. Dick, R., Van y Wagner, U. Stress and Strain in teaching: A Structural equation approach. *British Journal of Educational Psychology* 2001; 71: 243-259
284. Weitzman, P.F., Weitzman, E. Promoting communication with older adults: protocols for resolving interpersonal conflict for enhancing interactions with doctors. *Cical Psychology Review* 2003, 23: 523-535.
285. Baruch-Feldman, C., Schwartz, J., Brondolo, E., Ben-Dayana, D. Sources of social support and burnout, job satisfaction, and productivity. *Journal of Occupational Health Psychology* 2002; 7(1): 84-93.
286. Poelmans, S., O Driscoll, M., y Beham, B. An overview international research on the work-family interface. En: An international research perspective 2005, 3-46.
287. Bosch, Fiol, E., Ferrer, P. V. El análisis de género: Una revisión necesaria en Psicología social de la salud. *Revista Psicología y Salud* 2001; 11 (1); 10-14.
288. Gil-Monte, P.R. Influencia del genero sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología en Estudio* 2002, 77(1): 3-10.

289. Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., Zelevinsky, K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *The New England Journal of Medicine* 2002; 346(22), 1715–1722.
290. Consejo Internacional de Enfermería. El CIE aborda el estrés en el trabajo y la amenaza que supone para la salud del trabajador. (en línea), consultado: 8 de agosto 2005 Disponible en: URL: <http://www.icn.ch/mattersp.htm>.
291. Del Río Moro, O., Perezagua García, M.C. , Vidal Gómez, B. El Síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Revista Enfermería Cardiológica* 2003; 28 (1º cuatr): 24-29.
292. López-Soriano, F., Bernal, L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de Burnout en Enfermería de atención hospitalaria. *Revista de Calidad Asistencial* 2002; 17(4):201-205.
293. Perezagua García, M,C,, Vidal Gómez, B., Del Rio Moro, O.. Burnout en enfermeras del Hospital Virgen de la Salud: Enfermeras de urgencias vs. Enfermeras resto hospital. *Revista Excelencia Enfermería* 2005, 3: 19-25.
294. Arita W BY. Modelo para la investigación del proceso del síndrome de burnout. *Revista Psicología y Salud*: 2001, 11 (1), 73-80.
295. Topa, G., Fernández, I., y Lisbona, A. Ruptura de contrato psicológico en equipos y burnout en equipos de intervención en emergencias y catástrofe. *Ansiedad y Estrés* 2005, 11 (2-3), 265-279.
296. Ogus D. Burnout and coping strategies: a comparative study of ward nurses. In: D. Ogus (Ed.) *Occupational stress: a handbook*. N.Y.: Taylor and Francis, 1993; 205-222.
297. Isashige, A. Burnout phenomenon and its occupational risk factors among Japanese hospital nurses. *J Hum Ergol* 1991; 20 (2): 123-136.
298. Lewis, S.L., Campbell, M.A. Work, stress and burnout, and sense of coherence among dialysis nurses. *ANNA Journal* 1992; 19(6):545-553.

299. García Gámez, A., Gutiérrez Martínez, Y. et al. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares del hospital. *Enfermería Clínica* 2004; 14 (5): 281-285.
300. Vachon, M.L. Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Med* 1995; 9(2):91-122.
301. Schröeder, M., Martin, E., Fontanals, M.D. et al. Estrés ocupacional en cuidados paliativos de equipos catalanes. *Medicina Paliativa* 1996; 3(4):170-175.
302. Happell, B., Martim, T., Pinikahana, J. Burnout and job satisfaction: A comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing* 2003; 12, 39-47.
303. Wolpin, J., Burke, R.J., Greenglass, E.R. Is job satisfaction an antecedent or a consequence of psychological burnout? *Human Relations* 1991; 44(2), 193-209.
304. Gil-Monte, P.R., Valcárcel, P., Zornoza, A. Estrés de rol: antecedentes del burnout en profesionales de enfermería. En: R. Zurriaga, M. Sancerni (comps.). *Experiencias laborales en organizaciones de trabajo*. Valencia: Nau llibres, 1995, 121-133.
305. Silveira-Rondán, N. N., Rodríguez, Carvajal, R. El estrés laboral, la satisfacción laboral y el síndrome de burnout en profesionales de la salud de Uruguay. En: P.R. Gil-Monte, B. Moreno Jiménez (Coords.) *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide, 2007, 171-185.
306. Fichman, M.A. Theoretical approach to understanding employee absence. In: P.S. Goodman, R.S. Atkin (Ed). *Absenteeism*. San Francisco: Jossey-Bass, 1984, 1-46.
307. Moreno, B.J., Garrosa, E.H., Gálvez, H.M. Personalidad positiva y salud. En: L. Florez, M.M. Botero, B. Moreno. *Psicología de la Salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica*. Bogotá: Kimpres Ltda, 2005, 59-76.
308. Fernández-Ballesteros, R. *Evaluación de Programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud*. Madrid: Síntesis, 1996.
309. Kupler, D.J. Long-term of treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology* 1991; 52 (suppl. 5): 28-34.

310. González, M., Martín, M., Grau, J., Lorenzo, A. Instrumentos de evaluación psicológica. Libro de texto para la Licenciatura en Psicología de la Salud. La Habana: ECIMED, 2007.
311. Martín, M., Grau, J., Grau, R. El Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE): desarrollo de una versión cubana. *Terapia Psicológica* 2003, 22(2): 23-31.
312. Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., Christensen, K. B. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress* 2005, 19, 192-207.
313. Carlotto, M. S., Camara, S. G. Análisis factorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. *Psicol. Estud* 2004, 9, 499-505.
314. Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, R., Gálvez, M., Rodríguez-Muñoz, A. Boundary points used for defining burnout levels: An alternative view. Paper on 19th Conference on the European Health Psychology Society, EHPS 2005. Galway, 30th August to 3rd September, Ireland.
315. Garcés de Los Fayos, E. Burnout en deportistas. Propuesta de un sistema de evaluación e intervención integral. Madrid: EOS, 2004.
316. Silva, G. N., Carlotto, M. S. Síndrome de burnout: Um estudo com professores da rede publica. *Psicología Escolar e Educacional* 2003, 7, 145-153.
317. Murofuse, N. T., Abranches, S. S., Napoleão, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2005, março-abril, 13 (2), 255-261.
318. Codeiro, J. A. C., Gullén, I. G., Gala-León, F. J. L., Lupiani, M. G., Benitez, A. G., Gomez, A. S. Prevalencia del síndrome de burnout en los maestros: resultados de una investigación preliminar. *Psicología* 2003, 7 (1). http://132.248.25/articulo_12.html (acesado em 25/mar/2004).
319. Moreno-Jiménez, B., Carboles, J. A., Gálvez, M., Garrosa, E., Arias, V. Diagnóstico y prevalencia del desgaste profesional médico. Criterios poblacionales vs. criterios escalares. En Prensa, 2006.
320. Winwood, P., Winefield, A. H. Comparing two measures of burnout among dentist in Australia. *International Journal of Stress Management* 2004, 11, 282-289.
321. Söderström, M., Ekstedt, M., Akerstedt, T., Nilsson, J., Axelsson, J. Sleep and sleepiness in

young individuals with high burnout scores. *Sleep* 2004, 27 (7), 1369-1377.

322. FETE-UGT. Riesgos psicosociales: Un grave problema en los trabajadores de la enseñanza. Disponible en: <http://fete.ugt.org/> (13 de enero de 2005).
323. Gálvez, M., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Morante, M. E. Imbalance of expectations in the process of medical burnout: A gender perspective. Comunicación presentada en el 9th Congreso Europeo de Psicología. Granada, Julio 2005.
324. Kielhofner, G. Modelo de ocupación humana. Teoría y aplicación. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2004.
325. Zapf, D., Einarsen, S. Mobbing at Work: Escalated conflicts in organizations. En: S. Fox, P.E. Spector (eds), *Counterproductive work behaviour* 2005, 237-270.
326. Quiroz, V. R., Saco, M. S. Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Essalud del Cusco. *Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana* 2006, 23, 11-22.
327. Carlotto, M. S., Dos Santos, P. L. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro 2006, 22 (5), 1017-1026.
328. McGowan, L., Dickens, Ch., Percival, C., Douglas, J., Tomenson, B., Creed, F. The relationship between vital exhaustion, depression and comorbid illnesses in patients following first myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research* 2004, 57, 183-188.
329. Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Garrosa, E., Rodríguez R. Estrés traumático secundario: el estrés del cuidador. *Psicología Conductual* 2004, 12 (2), 215-231.
330. Moreno-Jiménez, B., Morante, M. E., Rodríguez-Muñoz, A., Garrosa, E. Secondary traumatic stress as psychosocial emergent risk. *Psychology & Health* 2004, 19, 117-118.
331. García-Buades, M., E., Ramis, C., Manassero, M. A., Torrens, G., Roca, J., Genovard, A. El trabajo emocional en servicios turísticos: Cuando ser amable es una obligación. Comunicación presentada en el Simposio "Emociones en el Trabajo" en el IX Congreso Nacional de Psicología Social. La Coruña, Septiembre 2005.

- ³³². González- Romá, V., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Lloret, S. Burnout and Work engagement. In dependent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior* 2006, 68, 65-174.
- ³³³. Manassero, M. A. García-Buades, M. E., Ramis, C., Torrens, G., Roca, J. Relaciones entre la expresión de emociones en el trabajo, el origen de las normas de trabajo emocional y el burnout en organizaciones de servicios turísticos. Comunicación presentada en el Simposio "Emotion Work" del 9th Congreso Europeo de Psicología. Granada, Julio 2005.
- ³³⁴. Stanley, R., Burrows, G. Varieties and functions of human emotion. In: R. L. Payne, C. L. Cooper (eds.). *Emotions at work, theory, research, and applications for management* Chichester: NY: J. Wiley and Sons, 2004, 3-19.
- ³³⁵. Rinley, G. J. Understanding the stresses and strains of being a doctor. *The Medical Journal of Australia* 2004, 181, 350-353.
- ³³⁶. Salanova, M., Grau, R. M., Martínez, I. Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema* 2005, 17, 390-395.
- ³³⁷. Bahner, A. D., Berkerl, La Verne. Exploring burnout in batterer intervention programs. *Journal of Interpersonal Violence* 2007, 22 (8), 994-1008.
- ³³⁸. Smith, D., Goh, W.L. Prevalence and sources of burnout in Singapore secondary school physical education teachers. *Journal of Teaching in Physical Education* 2003, 22, 203-18.
- ³³⁹. Ben-Zur, H., Yagil, D. The relationship between empowerment, aggressive behaviours of customers, coping and burnout. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2005, 14 (1), 81-99.
- ³⁴⁰. Mikkelsen, A., Burke, R. Work-family concerns of Norwegian police officers: Antecedents and consequences. *International Journal of Stress Management* 2004, 11(4), 429-444.
- ³⁴¹. CFM. A saúde do medico. Portal do Conselho Federal de Medicina. Notícias. 22.11. 2004. Disponible en <http://www.portalmedico.org.br/>.
- ³⁴². Oñale, P. X. El síndrome de quemarse por el trabajo. Disponible en: <http://www.xavieronate.com/2008/02/23/estres-laboral-psicologia-barcelona/es/>.

343. Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, Octubre de 2006. Disponible en:
<http://www.who.int/governance/eb/who-constitution-sp.pdf>.
344. Ruiz-Frutos, C., Cabanillas, J. L., Benavides, F. G., Delclósc, J., De los Santos, I. Sistema de declaración de enfermedades profesionales en España. Conclusiones de un taller. Arch. Prev. Riesgos Labor 2009, 12 (3), 135-139. Disponible en: <http://www.upf.edu/cisal/Salud Laboral>.
345. Real Decreto 1299 de 10 de noviembre. Criterios para la notificación y registro de enfermedades profesionales. España, BOE (302) de 2006.
346. García, A. M., Gadea, R. Estimación de la mortalidad y morbilidad por enfermedades laborales en España. Arch. Prev. Riesgos Labor, 2004, 7 (1), 3-8.
347. García-Gómez, M., Castañeda, R. Análisis del descenso del reconocimiento de las enfermedades profesionales en España, 2006-2007. Arch Prev Riesgos Labor, 2008, 11 (4), 196-203.
348. García-López, V., Beloqui, A., Alsua, C., Palomino, M., Hoyo, A., Moreno, I., Lezaun, M., y cols. Descenso de la incidencia declarada de enfermedades profesionales en Navarra a partir del nuevo sistema de notificación de 2007. Gac Sanit 2009, 23, 5-17.
349. Boix, P. (coord.). Informe sobre la calidad de los Servicios de Prevención en España. Observatorio de Salud Laboral. Madrid: ISTAS, 2008.
350. Ward, V. L., Hause, A. O., Hamer, S. Knowledge Broqkering: exploring de process of transferring knowledge into action. BMC Health Serv Res., 2009, 9-12.
351. Schulte, P. A., Lentz, T. J., Anderson, P., Lamborg, A. D. Knowledge management in occupational hygiene: the United States example. Ann Occup Hyg 2004, 48 (7), 583-594.
352. Comisión de las Comunidades Europeas. Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad (2002-2006).Disponible en: <http://europe.osha.eu.int/systems/strategies/future/com.pdf>.
- .

[illegible]

9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															

Dimensiones que evalúan el SDP mediante el MBI e ítems que lo evalúan:

Agotamiento emocional (AE): ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

Se refiere a una reducción de los recursos emocionales y al sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás acompañado de manifestaciones somáticas y psicológicas, como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad.

Despersonalización (DP): ítems 5, 10, 11, 15, 22

Se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los clientes o receptores de servicios, así como también hacia los colegas, que conduce con mucha frecuencia a la idea de que éstos son la verdadera fuente de los problemas, se asocia con una actitud un tanto cínica e impersonal, con el aislamiento de los demás, con el etiquetamiento despectivo para calificar a los otros, y con intentos de culpabilizarlos de la frustración y el fracaso propio en el cumplimiento de los compromisos laborales.

Falta de realización personal (FRP): ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima.

Cuestionario Breve de Burnout (CBB). Factores antecedentes- Factores del síndrome- Consecuencias

Escalas de Dimensiones: Ítems

AE = Agotamiento emocional 1, 7, 15

DP = Despersonalización 3, 11, 18

RP = Falta de realización personal 5, 12, 19

Nota: El significado de las dimensiones que evalúan el burnout son válidas para los dos instrumentos (MBI/CBB).

Sub-escala de "Antecedentes" y "Consecuencias" en el cuestionario CBB: (ítems subrayados puntúan al revés)

CT = Características de la tarea 2, 10, 16

T = Tedio 6, 14, 20

O = Organización 4, 8, 9

Sub-escala de "Consecuencias": 13, 17, 21

Criterios acerca del Cuestionario CBB

I T E M S	Razonable y Comprensible			Sensible a variaciones			Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonable			Con componentes claramente definidos			Derivables de datos factibles de obtener		
	Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															

Cuestionario "Puntos de vista personales" (PVP) y "Cuestionario de Orientación Ante la Vida" (COV)

Conocedores del trabajo que Ud. ha venido realizando en el estudio de la personalidad y el estrés en nuestro país, dada su experiencia profesional e investigativa en la especialidad de Psicología, tenemos a bien invitarlo a colaborar en la validación de contenidos del Cuestionario de Puntos de Vistas Personales (PVP) en su versión española como instrumento para medir la Personalidad Resistente. Este instrumento evalúa 3 componentes: compromiso, control y desafío.

El instrumento que evalúa Sentido de Coherencia, es una versión española del "Cuestionario de Orientación Ante la Vida" que emana del original elaborado por Antonovsky, en 1987 y que se conoce como "Cuestionario de Orientación ante la vida (COV). Este cuestionario fue operacionalizado y consta de tres sub-escalas, una para cada componente: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.

Objetivo del criterio de expertos: Evaluar la correspondencia de los ítems en relación con las categorías propuestas.

Con el objetivo de discriminar mejor los ítems para medir los constructo Personalidad Resistente (PR) usando el PVP y el Sentido de Coherencia usando el COV, sometemos estos instrumentos a su consideración para que, según sus criterios, sean evaluados desde el punto de vista lingüístico y de contenidos a fin de lograr una adaptación que responda a nuestro contexto sin afectar el contenido inicial del mismo.

Razonable y comprensible: se refiere a la comprensión de los diferentes ítems a evaluar en relación a lo que se pretende medir.

Sensible a variaciones en el fenómeno que se mide: se refiere a si de los ítems pueden derivar indicadores que distingan a los sujetos según las dimensiones del constructo que se evalúa.

Con suposiciones básicas justificables o intuitivamente razonables: se refiere a si existe una justificación para la presencia de cada uno de los ítems que se incluyen en el instrumento.

Con componentes claramente definidos: se refiere a si cada ítem tiene una definición clara.

Derivables de datos factibles de obtener: se refiere a la consideración del experto de la posibilidad de obtener información del sujeto a partir de sus respuestas al ítem.

Criterios del Cuestionario Puntos de Vista Personales (PVP)

[illegible]

21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															
31															
32															
33															
34															
35															
36															
37															
38															
39															
40															
41															
42															
43															
44															
45															
46															
47															
48															
49															
50															

DEFINICIONES: PERSONALIDAD RESISTENTE (PR): constituye una constelación de características de personalidad que actúa como fuente de resistencia ante los acontecimientos estresantes, y que se resumen en 3 dimensiones: compromiso, control y desafío.

Compromiso: es opuesto a la alienación, se refiere a la capacidad para creer en la verdad, importancia e interés del valor de lo que uno es y está haciendo, y por tanto, la tendencia a implicarse en las diferentes situaciones de la vida (trabajo, familia, relaciones interpersonales, instituciones sociales).

Control: se refiere a la tendencia a creer que uno mismo influye en los eventos y resultados de sus acciones, minimizando las creencias de indefensión ante los eventos displacenteros y buscando explicaciones sobre el por qué de los hechos, enfatizando su propia responsabilidad en detrimento de las acciones de otros, del azar o del destino.

Desafío: se basa en la creencia de que el cambio, más que la estabilidad, es la norma de la vida. Los sujetos con desafío perciben los cambios como oportunidad para desarrollarse más que como amenaza a su seguridad, buscan nuevas experiencias y se aproximan a ellas con flexibilidad cognitiva.

Criterios del Cuestionario de Orientación Ante la Vida (COV)

I T E M S	Razonables y Comprensible			Sensible a variaciones			Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables			Con componentes claramente definidos			Derivables de datos factibles de obtener		
	Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada	Mucho	Poco	Nada
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															

DEFINICIONES:

SENTIDO DE COHERENCIA (COV): orientación global que expresa hasta qué punto uno tiene la amplia, resistencia y dinámica sensación de confianza en que los estímulos provenientes del entorno (interno/externo) en el curso de la vida son estructurados, predecibles y manejables. *Comprensibilidad*; los recursos están disponibles para afrontar las demandas que

exigen esos estímulos *Manejabilidad* y estas demandas son desafíos que merecen una inversión y un compromiso *Significatividad*.

Comprensibilidad: medida en que la estimulación ambiental da una sensación cognitiva ordenada, consistente y clara, en vez de caótica y azarosa. El estímulo no tiene porqué ser placentero; aunque la situación sea estresante, hay una sensación de entender lo que pasa. La comprensibilidad es favorecida por experiencias consistentes, por la estabilidad a lo largo de la vida.

Manejabilidad: medida en que uno percibe que tiene los recursos disponibles para afrontar las demandas del ambiente; la manejabilidad se ve favorecida por un buen balance de las cargas (demandas que hacen que movamos nuestros recursos para afrontar la tarea).

Significatividad: es el componente principal dentro de la teoría del SC, porque es el elemento motivacional que conduce a la persona a buscar los recursos para afrontar la situación.

El individuo puede comprender la demanda (comprensibilidad), puede creer que puede hacerlo (manejabilidad), pero la significatividad da respuesta a la pregunta ¿por qué debería?

Es el sentimiento de que los estímulos tienen sentido y de que la vida es un reto y merece la pena un compromiso, una inversión emocional y una conducta orientada a una meta.

ANEXO 2. INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI-HSS)

No. Expediente: _____

Instrucciones:

Por favor, escriba al lado de cada pregunta el número que mejor refleje sus sentimientos y vivencias en el ámbito laboral, de acuerdo con la siguiente escala:

0 = Nunca 1 = Pocas veces al año o menos 2 = Una vez al mes o menos
3 = Unas pocas veces al mes o menos 4 = Una vez a la semana
5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días

- _____ Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo
- _____ Me siento cansado al final de la jornada de trabajo
- _____ Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar
- _____ Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes
- _____ Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales
- _____ Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo
- _____ Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes
- _____ Me siento "quemado" por mi trabajo
- _____ Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
- _____ Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión
- _____ Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
- _____ Me siento muy activo
- _____ Me siento frustrado en mi trabajo
- _____ Creo que estoy trabajando demasiado
- _____ Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes
- _____ Trabajar directamente con personas me produce estrés
- _____ Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes
- _____ Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes
- _____ He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión
- _____ Me siento acabado
- _____ En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
- _____ Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

ANEXO 3. CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT (CBB)

No. Expediente: _____

Este cuestionario es totalmente anónimo, los datos tendrán un tratamiento estadístico.
Por favor, conteste primero las siguientes preguntas, referidas a datos generales. Donde aparecen varias opciones de respuesta, circule la que corresponde.

- A) Edad _____ años
- B) Sexo: 1. M 2. F
- C) Estado civil: 1. Casada (o) 2. Soltera (o) 3. Viuda (o)
- D) Número de hijos _____
- E) Estudios realizados: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preuniversitaria 4. Universitaria
- F) Formación profesional: 1. Enfermero Básico 2. Enfermero Técnico
3. Enfermero Licenciado 4. Enfermero Especialista 5. Estudios post-básicos
- G) Puesto de trabajo que desempeña actualmente _____
- H) Tiempo de experiencia en la profesión _____ años
- J) Centro o institución en que trabaja _____
- K) Tiempo que lleva en el mismo centro _____ años
- L) Turnos: 1. Rotativo (especifique) _____
2. Fijo: 2.1) Mañana 2.2) Tarde 2.3) Noche
- M) Número de personas que atiende en su trabajo diariamente (promedio) _____ personas
- N) Qué tiempo de su jornada laboral diaria interactúa con los beneficiarios de su trabajo?
1. Más del 75 % 2. Cerca del 50 % 3. Menos del 30 %
- O) Realiza “trabajo extralaboral” (tareas en el hogar y cuidado de familia -promedio de tiempo en horas-)? _____ horas
Especifique el tipo de trabajo extralaboral que realiza _____

Conteste sinceramente las siguientes preguntas, circulando una opción, en una escala de 1 a 5, donde: 1 es “Nunca” o “Nada”
2 equivale a “Raramente” o “Poco”
3 es “Algunas veces” o “Algo”
4 es “Frecuentemente” o “Bastante”, y 5 es “Siempre” o “Mucho”.

1. EN GENERAL, ESTOY HARTO DE MI TRABAJO

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

2. ME SIENTO IDENTIFICADO CON MI TRABAJO

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

3. LOS USUARIOS DE MI TRABAJO TIENEN FRECUENTEMENTE EXIGENCIAS EXCESIVAS Y COMPORTAMIENTOS IRRITANTES

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

4. MI JEFE ME APOYA EN LAS DECISIONES QUE TOMO

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

5. MI TRABAJO PROFESIONAL ME OFRECE ACTUALMENTE ESCASOS RETOS PERSONALES

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

6. MI TRABAJO ACTUAL CARECE DE INTERES

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

7. CUANDO ESTOY EN MI TRABAJO ME SIENTO DE MALHUMOR

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

8. LOS COMPAÑEROS NOS APOYAMOS EN EL TRABAJO

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

9. LAS RELACIONES PERSONALES QUE ESTABLEZCO EN MI TRABAJO SON GRATIFICANTES PARA MI

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

10. PARA LA RESPONSABILIDAD QUE TENGO EN MI TRABAJO, NO CONOZCO BIEN LOS RESULTADOS Y EL ALCANCE DEL MISMO

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

11. LAS PERSONAS A QUIEN TENGO QUE ATENDER RECONOCEN MUY POCO LOS ESFUERZOS QUE SE HACEN POR ELLOS

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

12. MIS INTERESES POR EL DESARROLLO PROFESIONAL SON ACTUALMENTE MUY ESCASOS

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

13. CONSIDERO QUE EL TRABAJO QUE REALIZO REPERCUTE EN MI SALUD PERSONAL (DOLORES DE CABEZA, INSOMNIO)

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

14. MI TRABAJO ES MUY REPETITIVO

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

15. ESTOY QUEMADO POR MI TRABAJO

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

16. ME GUSTA EL AMBIENTE Y EL CLIMA DE MI TRABAJO

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

17. EL TRABAJO ESTA AFECTANDO A MIS RELACIONES FAMILIARES Y PERSONALES

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

18. PROCURO DESPERSONALIZAR LAS RELACIONES CON LOS USUARIOS DE MI TRABAJO

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

19. EL TRABAJO QUE YO HAGO DISTA DE SER EL QUE YO HUBIERA QUERIDO

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

20. MI TRABAJO ME RESULTA MUY ABURRIDO

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

21. LOS PROBLEMAS DE MI TRABAJO HACEN QUE EL RENDIMIENTO SEA MENOR

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

22. LA PRINCIPAL CAUSA DE MALESTAR EN EL TRABAJO ES:

ANEXO 4. FICHA DE DATOS GENERALES

No. Expediente _____

1. Género: M _____ F _____ 2. Edad _____ años
3. Estado civil: Soltero (a): _____ Viudo (a): _____ Divorciado (a): _____
Casado (a): _____ Separado (a): _____ Unión consensual: _____
4. Hijos: Si _____ No _____ Cuántos? _____
5. Último año de estudios completados: Básica 7 8 9 Preuniversitario 10 11 12 Universitario 1 2 3 4 5 6
Estudios post-básicos: Si _____ No _____ Cuáles? _____
Estudios de postgrado: Diplomado _____ Maestría _____ Especialidad _____
6. Cargo que ocupa: _____ Centro de trabajo: _____
7. Tiempo de experiencia en la profesión: _____ años
Tiempo que lleva en el mismo centro _____ años
Tiempo que lleva en el mismo cargo _____ años
8. Turno de trabajo: Fijo _____ Mañana _____ Tarde _____ Noche _____ Rotativo _____
9. Número de horas que trabaja, realmente, a la semana _____ horas
Número de horas de "trabajo extra-laboral" _____ horas (promedio de otras tareas dedicadas al cuidado de familia, hijos, hogar)
10. Número de pacientes-familiares que atiende diariamente _____ (promedio)
11. Qué tiempo de su jornada laboral diaria interactúa con los pacientes-familiares?
Más del 75 % _____ El 50 % _____ Menos del 30 % _____
12. Antecedentes de enfermedad en la familia (marque con una x)

Enfermedades	Abuelo	Padre	Madre	Hijos	Hermanos
Cardiopatías					
Hipertensión					
Diabetes					
Asma					
Cáncer					
Enfermedad renal crónica					
Enfermedad hepática crónica					
Enfermedad neurológica crónica					
Otras:					
13. Padece de alguna de las enfermedades anteriores? Si _____ No _____
Lleva tratamiento? Si _____ No _____
14. En el último tiempo padece con frecuencia (marque con una x):

Catarros _____	Infecciones de la piel _____	Diarreas _____	Calambres _____	Infecciones respiratorias _____
Amigdalitis _____	Dolores musculares _____	Infecciones urinarias _____	Dolores de cabeza _____	Otras _____
Cuáles? _____				

Anexo 5. IDARE (Inventario de Autoevaluación) - De Ch. Spielberg y cols, versión cubana
de Grau, Martin y cols, 1986 –

Fecha:_____ Institución _____ No. Expediente:_____

INSTRUCCIONES:

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y en la hoja de respuestas haga un círculo en el número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta lo mejor posible y que mejor describa sus sentimientos ahora.

1- No en lo absoluto 2- Un poco 3- Bastante 4- Mucho

1. Me siento calmado
2. Me siento seguro
3. Estoy tenso
4. Estoy contrariado
5. Me siento a gusto
6. Me siento alterado
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo
8. Me siento descansado
9. Me siento ansioso
10. Me siento cómodo
11. Me siento con confianza en mí mismo
12. Me siento nervioso
13. Estoy agitado
14. Me siento a punto de explotar
15. Me siento relajado
16. Me siento satisfecho
17. Estoy preocupado
18. Me siento muy excitado y aturdido
19. Me siento alegre
20. Me siento bien

ANEXO 5. INSTRUCCIONES

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y en la hoja de respuestas haga un círculo en el número que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta lo mejor posible que describa cómo se siente generalmente.

1- Casi nunca 2- Algunas veces 3- Frecuentemente 4- Casi siempre

21. Me siento bien
22. Me canso rápidamente
23. Siento ganas de llorar
24. Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen serlo
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente
26. Me siento descansado
27. Soy una persona tranquila, serena, sosegada
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia
30. Soy feliz
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho
32. Me falta confianza en mí mismo
33. Me siento seguro
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad
35. Me siento melancólico
36. Estoy satisfecho
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza
39. Soy una persona estable
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado

Anexo 6: IDERE - De J. Grau, M. Martín, V. Ramírez, R. Grau, 1989-

No. Expediente _____

Institución _____ Fecha _____

INSTRUCCIONES:

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo en la hoja de respuestas el número que indique cómo se siente Ud. ahora mismo, en estos momentos. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

1- No en lo absoluto 2- Un poco 3- Bastante 4- Mucho

1. Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación
2. Estoy preocupado
3. Me siento con confianza en mí mismo
4. Siento que no me canso con facilidad
5. Creo que no tengo nada de que arrepentirme
6. Siento deseos de quitarme la vida
7. Me siento seguro
8. Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo
9. Me canso más pronto que antes
10. Estoy contrariado
11. Me siento bien sexualmente
12. Ahora no tengo ganas de llorar
13. He perdido la confianza en mí mismo
14. Siento necesidad de vivir
15. Siento que nada me alegra como antes
16. No tengo sentimientos de culpa
17. Duermo perfectamente
18. Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea
19. Tengo gran confianza en el porvenir
20. Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo dormirme

ANEXO 6. INSTRUCCIONES

Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo en la hoja de respuestas el número que indique cómo se siente Ud. generalmente. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo Ud. se siente generalmente.

1- Casi nunca 2- Algunas veces 3- Frecuentemente 4- Casi siempre

1. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo
2. Creo no haber fracasado más que otras personas
3. Pienso que las cosas me van a salir mal
4. Creo que he tenido suerte en la vida
5. Sufro cuando no me siento reconocido por los demás
6. Pienso que todo saldrá bien en el futuro
7. Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones
8. Me deprimos por pequeñas cosas
9. Tengo confianza en mí mismo
10. Me inclino a ver el lado bueno de las cosas
11. Me siento aburrido
12. Los problemas no me preocupan más de lo que merecen
13. He logrado cumplir mis propósitos fundamentales
14. Soy indiferente ante situaciones emocionales
15. Todo me resulta de interés
16. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza
17. Me falta confianza en mí mismo
18. Me siento lleno de fuerzas y energías
19. Pienso que los demás me estimulan adecuadamente
20. Me ahogo en un vaso de agua
21. Soy una persona alegre
22. Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago

IDARE (Inventario de Autoevaluación) - Hoja de Respuestas -

AHORA					GENERALMENTE				
	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho		Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1)	1	2	3	4	21)	1	2	3	4
2)	1	2	3	4	22)	1	2	3	4
3)	1	2	3	4	23)	1	2	3	4
4)	1	2	3	4	24)	1	2	3	4
5)	1	2	3	4	25)	1	2	3	4
6)	1	2	3	4	26)	1	2	3	4
7)	1	2	3	4	27)	1	2	3	4
8)	1	2	3	4	28)	1	2	3	4
9)	1	2	3	4	29)	1	2	3	4
10)	1	2	3	4	30)	1	2	3	4
11)	1	2	3	4	31)	1	2	3	4
12)	1	2	3	4	32)	1	2	3	4
13)	1	2	3	4	33)	1	2	3	4
14)	1	2	3	4	34)	1	2	3	4
15)	1	2	3	4	35)	1	2	3	4
16)	1	2	3	4	36)	1	2	3	4
17)	1	2	3	4	37)	1	2	3	4
18)	1	2	3	4	38)	1	2	3	4
19)	1	2	3	4	39)	1	2	3	4
20)	1	2	3	4	40)	1	2	3	4

SUBESCALA IDARE- E

I) Items (+) 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17
y 18 =

II) Items (-) 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19
y 20 =

(I - II + 50) =
 ____ Bajo (< 30)
 ____ Medio (30-44)
 ____ Alto (> 44)

SUBESCALA IDARE-R

I) Items (+) 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31,
32, 34, 35, 37, 38 y 40 =

II) Items (-) 21, 26, 27, 30, 33, 36
y 39 =

(I - II + 35) =
 ____ Bajo (< 30)
 ____ Medio (30-44)
 ____ Alto (> 44)

IDERE (Inventario de Autoevaluación) -Hoja de Respuestas-

AHORA					GENERALMENTE				
	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho		Casi nunca	Algunas veces	Frecuente-mente	Casi siempre
1)	1	2	3	4	1)	1	2	3	4
2)	1	2	3	4	2)	1	2	3	4
3)	1	2	3	4	3)	1	2	3	4
4)	1	2	3	4	4)	1	2	3	4
5)	1	2	3	4	5)	1	2	3	4
6)	1	2	3	4	6)	1	2	3	4
7)	1	2	3	4	7)	1	2	3	4
8)	1	2	3	4	8)	1	2	3	4
9)	1	2	3	4	9)	1	2	3	4
10)	1	2	3	4	10)	1	2	3	4
11)	1	2	3	4	11)	1	2	3	4
12)	1	2	3	4	12)	1	2	3	4
13)	1	2	3	4	13)	1	2	3	4
14)	1	2	3	4	14)	1	2	3	4
15)	1	2	3	4	15)	1	2	3	4
16)	1	2	3	4	16)	1	2	3	4
17)	1	2	3	4	17)	1	2	3	4
18)	1	2	3	4	18)	1	2	3	4
19)	1	2	3	4	19)	1	2	3	4
20)	1	2	3	4	20)	1	2	3	4
					21)	1	2	3	4
					22)	1	2	3	4

SUBESCALA IDERE- E

I) Items (+) 1, 2, 6, 8, 9, 10, 13, 15,
18 y 20 =

II) Items (-) 3, 4, 5, 7, 11, 12, 14, 16,
17 y 19 =

(I - II + 50) = ____ Bajo (< 35)
 ____ Medio (36-47)
 ____ Alto (> 47)

SUBESCALA IDERE-R

I) Items (+) 1, 3, 5, 7, 8, 11, 14, 16,
17, 20 y 22 =

II) Items (-) 2, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 15,
18, 19 y 21 =

(I - II + 50) = ____ Bajo (< 34)
 ____ Medio (35-43)
 ____ Alto (> 43)

ANEXO 7. INVENTARIO DE PUNTOS DE VISTA PERSONALES (PVP)

No. Expediente: _____

Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de frases con las que usted puede estar de acuerdo o no, en diferente grado. Por favor, marque un número que exprese o mejor se aproxime a su opinión, en relación con cada frase, según la escala que aparece a continuación:

1= Totalmente falso 2= Algo verdadero 3= Bastante verdadero 4= Totalmente verdadero

Por favor, lea todas las oraciones con cuidado. Asegúrese de contestarlos todos según lo sienta en este momento. No utilice demasiado tiempo en cada pregunta. ¡Gracias por su colaboración!

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. A menudo me levanto deseoso de comunicar los asuntos de mi vida donde los dejé el día anterior. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me gusta que haya una gran variedad en mi trabajo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. La mayor parte del tiempo mis jefes o supervisores atienden a lo que tenga que decir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Una planificación previa puede ayudar a evitar problemas en el futuro | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Frecuentemente siento que puedo cambiar lo que podría ocurrir mañana a través de lo estoy haciendo hoy. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Me siento incómodo si tengo que realizar cambios en mi programa de trabajo diario. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. No importa lo que me empeñe, mis esfuerzos no conseguirán nada. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me parece difícil imaginarme mi trabajo como algo excitante. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. No importa lo que hagas, comprobar y verificar es siempre el método. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Siento que es casi imposible hacer cambiar de idea a mi pareja acerca de algo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. La mayoría de la gente que trabaja para sobrevivir son manipulados por sus jefes. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Las nuevas leyes no deberían hacerse si dañan los ingresos de las personas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Cuando te casas y tienes hijos pierdes tu libertad de elección. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. No importa lo duro que trabajes, jamás parece que hayas alcanzado tus metas. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Una persona que raramente cambia de idea, se puede considerar que tiene un juicio fiable. | 1 | 2 | 3 | 4 |

16. Creo que la mayoría de lo que ocurre en la vida es justo lo que tiene que ocurrir.	1	2	3	4
17. No importa que te esfuerces en tu trabajo, ya que, de cualquier manera, tus jefes se benefician de ello.	1	2	3	4
18. No me gustan las conversaciones en las que los otros no tienen claro su punto de vista.	1	2	3	4
19. La mayor parte del tiempo no merece la pena esforzarse, ya que, sea como sea, las cosas nunca salen bien.	1	2	3	4
20. Lo más excitante para mí son mis propias ilusiones.	1	2	3	4
21. No contesto preguntas de la gente a menos que tenga claro qué se me está preguntando.	1	2	3	4
22. Cuando hago planes estoy seguro de que puedo ponerlos en marcha	1	2	3	4
23. Realmente me preocupo por mi trabajo.	1	2	3	4
24. No me molesta apartarme por un momento de lo que esté haciendo si se me pide que haga algo más.	1	2	3	4
25. Cuando me encuentro realizando una tarea difícil en el trabajo, sé cuando necesito pedir ayuda.	1	2	3	4
26. Es excitante para mí aprender algo sobre mí mismo.	1	2	3	4
27. Me gusta estar con gente predecible.	1	2	3	4
28. Encuentro a menudo difícil cambiar de idea de un amigo sobre algo	1	2	3	4
29. Pensar en uno mismo como una persona libre hace que te sientas frustrado e infeliz.	1	2	3	4
30. Me molesta que algo inesperado interrumpa mi rutina diaria.	1	2	3	4
31. Cuando cometo un error hay muy poco que pueda hacer para corregirlo.	1	2	3	4
32. No veo la necesidad de dar lo mejor de mí en mi trabajo, ya que, de cualquier forma, el resultado es el mismo.	1	2	3	4
33. Respeto las reglas, pues ellas me sirven de guía.	1	2	3	4
34. Una de las mejores formas de manejar los problemas es no pensar en ellos.	1	2	3	4
35. Creo que la mayoría de los atletas nacen con buenas cualidades para el deporte.	1	2	3	4
36. No me gustan las cosas inciertas o impredecibles.	1	2	3	4

37. La gente que da todo de sí debería tener un apoyo financiero total de la sociedad.	1	2	3	4
38. La mayor parte de mi vida se malgasta haciendo cosas vanas.	1	2	3	4
39. En muchísimas ocasiones no se realmente lo que pienso.	1	2	3	4
40. No encuentro utilidad en teorías alejadas de los hechos.	1	2	3	4
41. El trabajo cotidiano es demasiado aburrido para que merezca la pena hacerse.	1	2	3	4
42. Cuando otras personas se enfadan conmigo, normalmente no es por una buena razón.	1	2	3	4
43. Los cambios en la rutina me molestan.	1	2	3	4
44. Me cuesta creer a la gente que dice que el trabajo que realiza es de valor para la sociedad.	1	2	3	4
45. Siento que si alguien trata de herirme, normalmente no hay mucho que pueda hacer para intentar pasarle.	1	2	3	4
46. La mayoría de los días la vida no es muy excitante para mí.	1	2	3	4
47. Pienso que la gente cree en lo individual sólo para impresionar a los demás.	1	2	3	4
48. Cuando soy reprendido en el trabajo, normalmente suele parecerme injustificado.	1	2	3	4
49. Quiero estar seguro de que alguien cuidará de mí cuando sea viejo.	1	2	3	4
50. Los políticos dirigen nuestras vidas.	1	2	3	4

ANEXO 8. CUESTIONARIO DE ORIENTACIÓN ANTE LA VIDA (OQL)

Expediente _____

Instrucción:

Se presentan una serie de preguntas referentes a varios aspectos de nuestras vidas. Cada pregunta tiene 7 posibles respuestas. Por favor, marque el número que mejor exprese su opinión, siendo los números 1 y 7 los extremos de cada pregunta. Si usted opina de manera diferente marque, por favor, el número que mejor exprese o más se aproxime a su opinión. Por favor, marque sólo una respuesta en cada pregunta.

1. Cuando habla con gente, ¿tiene la sensación de que no le comprenden?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca he tenido esa sensación						Siempre tengo esa sensación

2. En el pasado, cuando ha tenido que hacer algo que dependía de la cooperación con otros, usted tenía la impresión de que:

1	2	3	4	5	6	7
Seguramente no llegaría a hacerse						Seguramente llegaría a hacerse

3. Piense en la gente con la que tiene contacto a diario, descarte a aquellos con los que se relaciona más íntimamente ¿hasta qué punto les llega a conocer?

1	2	3	4	5	6	7
Usted piensa que son extraños						Usted les conoce muy bien

4. ¿Tiene la impresión de que realmente no le importa lo que pase a su alrededor?

1	2	3	4	5	6	7
Muy rara vez o nunca						Muy a menudo

5. ¿Le ha ocurrido alguna vez que le sorprenda la conducta de alguien cuando pensaba que le conocía bien?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca me ha pasado						Siempre me ha pasado

6. ¿Le han decepcionado algunas personas en las que confiaba?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca me ha pasado						Siempre me ha pasado

7. La vida:

1	2	3	4	5	6	7
Esta llena de interés						Es absoluta rutina

8. Hasta ahora su vida:

1	2	3	4	5	6	7
No ha tenido objetivos, metas o intereses claros						Tiene metas muy claras

9. Tiene la impresión de que ha sido tratado injustamente?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Nunca o rara vez

10. En los últimos diez años su vida ha estado:

1	2	3	4	5	6	7
Llena de cambios sin saber qué ocurría						Completamente coherente y clara

11. La mayor parte de las cosas que vaya a hacer en el futuro serán:

1	2	3	4	5	6	7
Completamente fascinantes						Totalmente aburridas

12. ¿Tiene la impresión de encontrarse en una situación poco familiar y de no saber qué hacer?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Muy raras veces o nunca

13. ¿Qué es lo que mejor describe cómo ve usted la vida?

1	2	3	4	5	6	7
Uno siempre encuentra una solución a las cosas dolorosas en la vida						No hay solución para las cosas dolorosas en la vida

14. Cuando piensa sobre su vida, a menudo:

1	2	3	4	5	6	7
Siente lo bueno que es el estar vivo						Se pregunta por qué se vive, qué sentido tiene la vida

15. Cuando se enfrenta a un problema, la elección de una solución es:

1	2	3	4	5	6	7
Siempre confusa y difícil de encontrar						Siempre completamente clara

16. El llevar a cabo sus actividades día a día constituye:

1	2	3	4	5	6	7
Una fuente de satisfacción y placer profundo						Una fuente de dolor y aburrimiento

17. Su vida en el futuro probablemente esté:

1	2	3	4	5	6	7
Sin saber qué va a pasar después						Completamente definida y clara

18. Si en el pasado sucedían cosas desagradables su forma de actuar era:

1	2	3	4	5	6	7
Decir "la vida es así, tengo que asumirla" y seguir para adelante						"comerse el coco" con ellas

19. ¿Tiene sentimientos/ideas muy confusas?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo					Casi nunca o nunca	

20. Cuando realiza algo que le hace sentirse bien, es cierto que:

1	2	3	4	5	6	7
Algo ocurrirá para estropear este sentimiento						me seguiré sintiendo bien

21. ¿Le ocurre a usted tener sentimientos que preferiría no tener?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo					Casi nunca o nunca	

22. Anticipa que su vida personal en el futuro estará:

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente vacía de objetivos y significado						Llena de objetivos y significado

23. Usted cree que siempre habrá gente en la que pueda confiar en un futuro:

1	2	3	4	5	6	7
Ciertamente sí la habrá						Dudo de que exista

24. ¿Tiene usted la sensación de no saber exactamente qué le va a pasar?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Nunca

25. Muchas personas -incluso aquellas con un carácter fuerte- algunas veces se vienen abajo y se sienten perdedoras en algunas situaciones. ¿Con qué frecuencia se ha sentido así en el pasado?

1	2	3	4	5	6	7
Nunca						Muy a menudo

26. Cuando ha ocurrido algo, usted generalmente ha encontrado que:

1	2	3	4	5	6	7
Sobrestimó o minusvaloró su importancia						Vio las cosas en la proporción exacta

27. Cuando piensa en las dificultades a las que probablemente tenga que enfrentarse en las cuestiones importantes de la vida, usted tiene el sentimiento de que:

1	2	3	4	5	6	7
Saldrá adelante de las dificultades						No saldrá adelante de las dificultades

28. ¿Con qué frecuencia tiene la impresión de que las cosas que hace en su vida cotidiana tienen poco sentido?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Casi nunca o nunca

29. ¿Con qué frecuencia tiene la impresión de que no está seguro de poder actuar bajo control?

1	2	3	4	5	6	7
Muy a menudo						Casi nunca o nunca

ANEXO 9. ESCALA MODOS DE AFRONTAMIENTOS -De Lazarus R y Folkman S-(adaptación cubana de Miguel Roca y cols. Facultad de Psicología, Ciudad Habana, 1998)

No. Expediente: _____

Institución: _____

Edad: _____ años Sexo: 1 ____ 2 ____ Estado civil _____

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo al lado de cada pregunta el número que mejor refleje su forma de actuar en su ámbito laboral, de acuerdo con la siguiente escala:

		En abso- luto	En alguna medida	Bastante	En gran medida
1	Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación	1	2	3	4
2	Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor	1	2	3	4
3	Me centré en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás	1	2	3	4
4	Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar	1	2	3	4
5	Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación	1	2	3	4
6	Hice algo que sabía que no resultaría, pero al menos no me quede sin hacer nada	1	2	3	4
7	Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión	1	2	3	4
8	Hable con alguien para obtener más información acerca de la situación	1	2	3	4
9	Me critiqué a mi mismo	1	2	3	4
10	No intenté quemar mis naves, sino que dejé alguna posibilidad abierta	1	2	3	4
11	Esperé que ocurriera un milagro	1	2	3	4
12	Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte)	1	2	3	4
13	Seguí adelante como si no hubiera pasado nada	1	2	3	4
14	Intenté guardar para mí mis sentimientos	1	2	3	4
15	Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo, intenté mirar las cosas por su lado bueno	1	2	3	4
16	Dormí más de lo habitual	1	2	3	4
17	Manifesté mi enojo a las(s) persona(s) responsable(s) del problema	1	2	3	4
18	Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona	1	2	3	4
19	Me dije a mí mismo cosas que me hicieron sentir algo mejor	1	2	3	4
20	Me sentí inspirado para hacer algo creativo	1	2	3	4
21	Intenté olvidarme de todo	1	2	3	4
22	Busqué la ayuda de un profesional	1	2	3	4
23	Cambié, maduré como persona	1	2	3	4
24	Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer algo	1	2	3	4
25	Me disculpé o hice algo para arreglar las cosas				
26	Desarrollé un plan de acción y lo seguí	1	2	3	4
27	Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería	1	2	3	4
28	De algún modo expresé mis sentimientos	1	2	3	4
29	Me di cuenta de que yo fui la causa del problema	1	2	3	4

30	Salí de la experiencia mejor de lo que entré	1	2	3	4
31	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema	1	2	3	4
32	Me alejé del problema pero no a tiempo; intenté descansar y tomarme unas vacaciones	1	2	3	4
33	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.	1	2	3	4
34	Tomé una decisión muy importante o hice algo muy arriesgado	1	2	3	4
35	Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso	1	2	3	4
36	Tuve fe en algo nuevo	1	2	3	4
37	Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara	1	2	3	4
38	Redescubrí lo que es importante en la vida	1	2	3	4
39	Cambie algo para que las cosas fueran bien	1	2	3	4
40	Evité estar con la gente	1	2	3	4
41	No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo	1	2	3	4
42	Pedí consejo a un pariente o amigo que respeto	1	2	3	4
43	Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas	1	2	3	4
44	Le resté importancia a la situación, rehusé tomarla muy en serio	1	2	3	4
45	Le conté a alguien como me sentía	1	2	3	4
46	Me mantuve firme y peleé por lo que quería	1	2	3	4
47	Me desquite con los demás	1	2	3	4
48	Recurrí a experiencias pasadas; ya que me había encontrado antes en una situación similar	1	2	3	4
49	Sabía lo que había que hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien	1	2	3	4
50	Me negué a creer lo que había ocurrido	1	2	3	4
51	Me prometí a mi mismo que las cosas serían distintas la próxima	1	2	3	4
52	Propuse un par de soluciones distintas al problema	1	2	3	4
53	Lo acepté, ya que no podía hacer nada al respecto	1	2	3	4
54	Traté que mis sentimientos no interfirieran demasiado en otras cosas	1	2	3	4
55	Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía	1	2	3	4
56	Cambié algo de mí	1	2	3	4
57	Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente	1	2	3	4
58	Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	1	2	3	4
59	Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas	1	2	3	4
60	Recé	1	2	3	4
61	Me preparé para lo peor	1	2	3	4
62	Repasé en mi mente lo que haría o diría	1	2	3	4
63	Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro y la tomé como modelo	1	2	3	4
64	Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona	1	2	3	4
65	Corrí o hice ejercicios	1	2	3	4
66	Intenté hacer algo distinto de todo lo anterior (por favor, descríbalos)	1	2	3	4

ANEXO 10. INVENTARIO DE SÍNTOMAS DE ESTRÉS (VERSIÓN INOR-2, 1998)

No. Expediente: _____

INSTRUCCIONES: Marque con una X los signos de malestar que ha padecido en los últimos 6 meses y la frecuencia con que los ha presentado. No es necesario su nombre.

Gracias por su colaboración!

	NUNCA	RARA VEZ	OCASIO- NALMENTE	FRECUE- NTE	MUY FRECUE	SIEM- PRE
1. DEPRESION	()	()	()	()	()	()
2. FUERTES LATIDOS DEL CORAZON	()	()	()	()	()	()
3. RESEQUEDAD EN LA BOCA	()	()	()	()	()	()
4. EXPLOSIONES DE IRA	()	()	()	()	()	()
5. IMPERIOSA NECESIDAD DE ESCONDERSE	()	()	()	()	()	()
6. MUCHAS GANAS DE LLORAR	()	()	()	()	()	()
7. IMPOSIBILIDAD DE CONCENTRARSE	()	()	()	()	()	()
8. DEBILIDAD, MAREOS	()	()	()	()	()	()
9. FATIGA	()	()	()	()	()	()
10. SENTIRSE "ATADO", "AMARRADO"	()	()	()	()	()	()
11. TICS NERVIOSOS	()	()	()	()	()	()
12. ASUSTARSE CON PEQUEÑOS RUIDOS	()	()	()	()	()	()
13. RISA NERVIOSA	()	()	()	()	()	()
14. TARTAMUDEO	()	()	()	()	()	()
15. RECHINAR LOS DIENTES	()	()	()	()	()	()
16. MANDIBULAS APRETADAS	()	()	()	()	()	()
17. INSOMNIO	()	()	()	()	()	()
18. DOLORS DE CABEZA POR TENSION	()	()	()	()	()	()
19. MIGRAÑA	()	()	()	()	()	()
20. SUDORACION EXCESIVA	()	()	()	()	()	()
21. NECESIDAD FRECUENTE DE ORINAR	()	()	()	()	()	()
22. INDIGESTION	()	()	()	()	()	()
23. TENSION PREMENSTRUAL O IRREGULARIDADES	()	()	()	()	()	()
24. DOLOR DE CUELLO O ESPALDA	()	()	()	()	()	()
25. PERDIDA DE APETITO	()	()	()	()	()	()
26. GANAS DE COMER A TODAS HORAS	()	()	()	()	()	()
27. AUMENTO EN CANTIDAD DIARIA DE CIGARROS	()	()	()	()	()	()
28. AUMENTO EN DOSIS DE TRANQUILIZANTES	()	()	()	()	()	()
29. AUMENTO EN LA INGESTION DE ALCOHOL	()	()	()	()	()	()
30. PESADILLAS	()	()	()	()	()	()
31. ANSIEDAD	()	()	()	()	()	()
32. PROPENSION A ACCIDENTES	()	()	()	()	()	()
33. IMPERIOSA NECESIDAD DE ESTARSE MOVIENDO	()	()	()	()	()	()
34. ESTREÑIMIENTO	()	()	()	()	()	()
35. GRIPE FRECUENTES	()	()	()	()	()	()
36. MANOS Y PIES FRIOS	()	()	()	()	()	()
37. ALERGIAS	()	()	()	()	()	()
38. GASTRITIS	()	()	()	()	()	()
39. COLITIS	()	()	()	()	()	()
40. ULCERA	()	()	()	()	()	()
41. HIPERTENSION	()	()	()	()	()	()
42. TEMBLORES	()	()	()	()	()	()

ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS EN LOS ULTIMOS 6 MESES: SI () NO ()
CUALES? _____

ANEXO 12. GUÍA DE OBSERVACIÓN: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

REGISTRO DE OBSERVACIONES DURANTE LA INTERVENCIÓN	ESCALA
Cumplimiento de las normas generales del trabajo grupal	Siempre, Algunas veces, Nunca
Exploración de las expectativas relacionadas con las habilidades en desarrollo y los beneficios del programa: frases usadas (“espero aprender a controlar el estrés que me produce mi trabajo”, “mejorar mi salud”, “tener logros profesionales” y “relacionarme mejor con mis pacientes, familiares, compañeros y jefes”)	Escala de 0 a 10, donde “0” es el menor grado de cumplimiento y “10” es el máximo cumplimiento alcanzado. A partir de 7 se considerará cumplida
OBSERVACIONES DURANTE LAS SESIONES DIRIGIDAS AL TRABAJO GRUPAL E INDIVIDUAL	
Expresión facial	agrado, neutra, desagrado
Movimientos corporales de inquietud, preocupación, tensión, etc.	Siempre, Algunas veces, Nunca
Calidad de los ensayos conductuales según tipo de ejercicio	Alta, Media, Baja
Implicación personal en las actividades de las sesiones: grado de participación y entusiasmo	Alta, Media, Baja
Contenido emocional de las intervenciones	Positiva, Negativa, Neutra
Relaciones interpersonales adecuadas	Siempre, Algunas veces, Nunca
Desempeño en la ejecución de las habilidades desarrolladas	Bueno, Regular, Malo
OBSERVACIONES DURANTE LAS SESIONES DIRIGIDAS AL DESARROLLO DE HABILIDADES	
Conocimientos alcanzados (evidenciados durante la participación en cada sesión).	Escala de 0 a 10 puntos Bien: superior a 7 puntos Regular: entre 5 y 6 puntos Mal: inferior a 4 puntos
Modificación de creencias (evidenciada durante la participación en cada sesión).	Escala de 0 a 10 puntos Modificación adecuada de las creencias erróneas: superior a 7 puntos, modificaciones de algunas de las creencias erróneas entre 5 y 6 puntos, sin modificaciones inferior a 4 puntos
Modificación de afrontamientos según situación objetiva y estilo personal (evidenciada durante la participación en cada sesión).	Escala de 0 a 10 puntos Eficaz: superior a 7 Parcialmente eficaz: entre 5 y 6 Ineficaz: inferior a 4 puntos
Auto-relajación: técnica respiración en tres tiempos.	Escala de 0 a 10 puntos Nada: “0” Algo: “1-3” Bastante: “5-6” Mucha: “7-9” Muchísima: “10”
Comunicación (contenido del dialogo, contacto ocular, posturas, gestos, modulación de la voz y distancia).	Escala de 0 a 10 puntos Muy adecuada: “9-10” Adecuada: “6-8” Inadecuada: “0-5”
Habilidades de asertividad: cambios favorables en cada uno de los déficit encontrados (“decir no”, “expresión de emociones	Escala de 0 a 10 puntos Incremento en el número de

negativas", "pedir ayuda", "saber escuchar a los demás", "pactar y negociar" y "relacionarse con otros).	respuestas asertivas. De acuerdo con el tipo de respuesta habitual (agresiva, pasiva, asertiva).
Aplicar pasos de la técnica "Solución de Problema" (para resolver situaciones problemáticas típicas de "Enfermería Oncológica", actuando directamente sobre los estresores o su valoración).	Escala de 0 a 10 puntos Bien: superior a 7 Regular: entre 5 y 6 Mal: inferior a 4 puntos.
Aplicar pasos de la técnica "Manejo del Tiempo" (aumentar la percepción de cantidad de tiempo disponible para atender las actividades importantes, y reducir la percepción y frecuencia de las actividades laborales de urgencia y disminución de tiempo sin logro de objetivos). Habilidades para establecer adecuadas prioridades en las diferentes tareas de Enfermería.	Escala de 0 a 10 puntos Bien: superior a 7 Regular: entre 5 y 6 Mal: inferior a 4 puntos.
Apoyo social: Percepción de los sujetos acerca de la calidad de la relación, la satisfacción con el apoyo recibido y la efectividad de la relación construida.	Escala de 0 a 10 puntos Bien: superior a 7 Regular: entre 5 y 6 Mal: inferior a 4 puntos.
Cumplimiento de los objetivos según sesión.	Escala de 0 a 10, donde "0" expresó el mínimo cumplimiento de los objetivos y "10" el máximo. Se consideró cumplimiento adecuado si los objetivos fueron evaluados en un nivel superior a los 7 puntos por cada uno de los sujetos.
OBSERVACIONES DURANTE LA ETAPA DE SEGUIMIENTO: VISITAS AL ÁREA PRÁCTICA	
Refuerzo incidentalmente durante la introducción en la práctica de las habilidades desarrolladas. Identificar áreas de refuerzo y necesidad de ayuda.	Escala de 0 a 10 puntos Bien: superior a 7 Regular: entre 5 y 6 Mal: inferior a 4 puntos.
Control de variables laborales: cambios en la organización, cultura y clima, cambios generales en las relaciones interpersonales, apoyo social y superación profesional.	Escala de 0 a 10, donde "0" es el menor cambio realizado y "10" es el máximo cambio introducido en los dos grupos. Se consideraron controladas si los cambios ocurridos no fueron percibidos por los sujetos puntuaciones inferiores a 5 puntos en la escala anterior.
Actividad de cierre: exploración en cada sujeto de las expectativas relacionadas con las habilidades desarrolladas, su introducción en la práctica, el cumplimiento de objetivos en relación con los beneficios esperados: "espero aprender a controlar el estrés que me produce mi trabajo", "mejorar mi salud", "tener logros profesionales" y "relacionarme mejor con mis pacientes, familiares, compañeros y jefes").	Escala de 0 a 10, donde "0" es el menor grado de cumplimiento y "10" es el máximo cambio. Se consideró cumplimiento adecuado si las expectativas fueron evaluadas con valores superiores a los 7 puntos.

ANEXO 13: CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LAS INVESTIGACIONES

Titulo: "Síndrome de Desgaste Profesional en el personal de Enfermería que trabaja en hospitales cubanos de Oncología. Eficacia de un programa de intervención"

Estimados colegas;

Como ustedes conocen el trabajo de Enfermería en Hospitales de Oncología puede resultar una tarea interesante y gratificante; sin embargo, existe evidencia científica que en el ámbito laboral coexisten diversos factores sociolaborales y de la cultura de la institución que al interactuar con características personales y psicosociales de los enfermero(a)s se generan las condiciones necesarias para que se desarrolle un fenómeno conocido como "síndrome de desgaste profesional", este surge como respuesta a los estresores laborales crónicos. El síndrome, una vez presente, produce afectaciones en la salud, las relaciones interpersonales y en la calidad del trabajo que se realiza. No obstante, también se ha demostrado que las afectaciones producidas pueden ser controladas y eliminadas si se desarrollan habilidades técnicas y socio-comunicativas, con procedimientos psicológicos dirigidos a afrontar eficazmente los estresores laborales.

Estas razones nos motivan a invitarlos a participar en diferentes trabajos investigativos dirigidos a conocer si este síndrome está presente en ustedes, identificando su magnitud y repercusiones negativas, a fin de caracterizarlo de forma que permita diseñar un programa de intervención dirigido a su reducción. Es necesario que ustedes participen de forma voluntaria y completen los cuestionarios e instrumentos que les presentaremos. Los cuestionarios son anónimos, sólo tienen un número de expediente para identificarlos en el marco de la investigación y su conocimiento sólo será para los investigadores. Los resultados serán dados a conocer a todos los participantes individualmente y sólo de forma global (grupal) a los administrativos de las instituciones, ellos no tendrán acceso a los datos individuales de cada trabajador, se les informarán los niveles globales de afectación, y los factores laborales interactuantes y se les solicitará apoyo para implementar el programa de intervención. La intervención es de carácter educativo y grupal, donde se les dotará de herramientas para afrontar más eficazmente los estresores laborales. Como pueden observar esta investigación no producirá ninguna afectación física ni psicológica, por el contrario será beneficiosa para todos los participantes. No obstante podrán salir de la investigación si así lo desean.

Si después de conocer en que consistirán las investigaciones desean participar demuestre su consentimiento con su firma:

Nombre del participante e institución

ANEXO 14. NIVELES GLOBALES DEL SDP ANTES VS. DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN EN LOS DOS GRUPOS

Figura 1. Distribución del nivel global del Síndrome de Desgaste Profesional calificado según CBB antes de la intervención

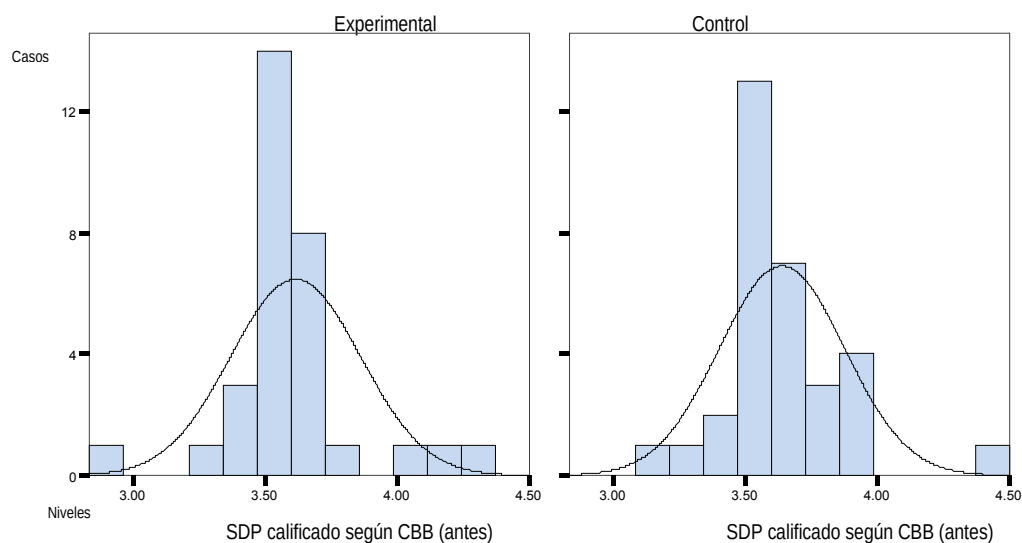
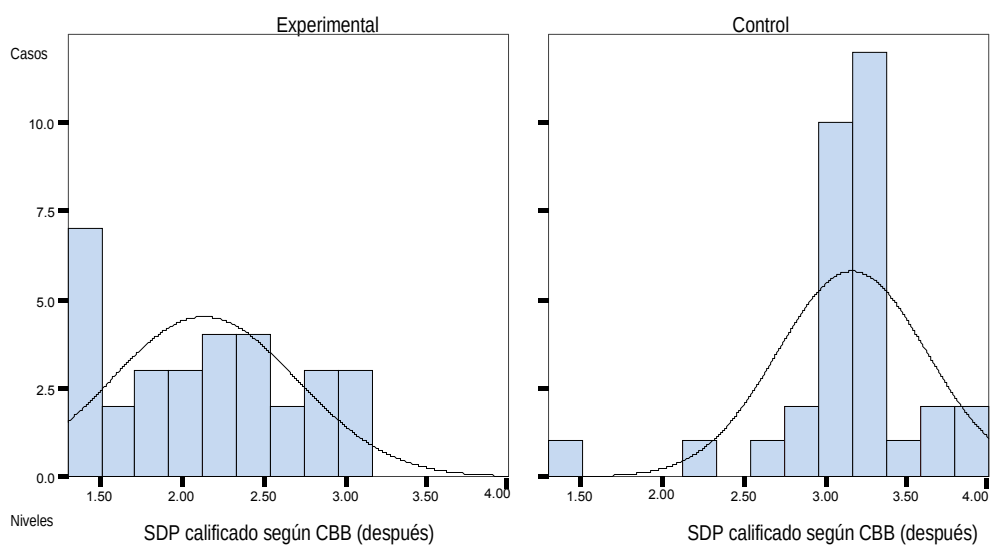
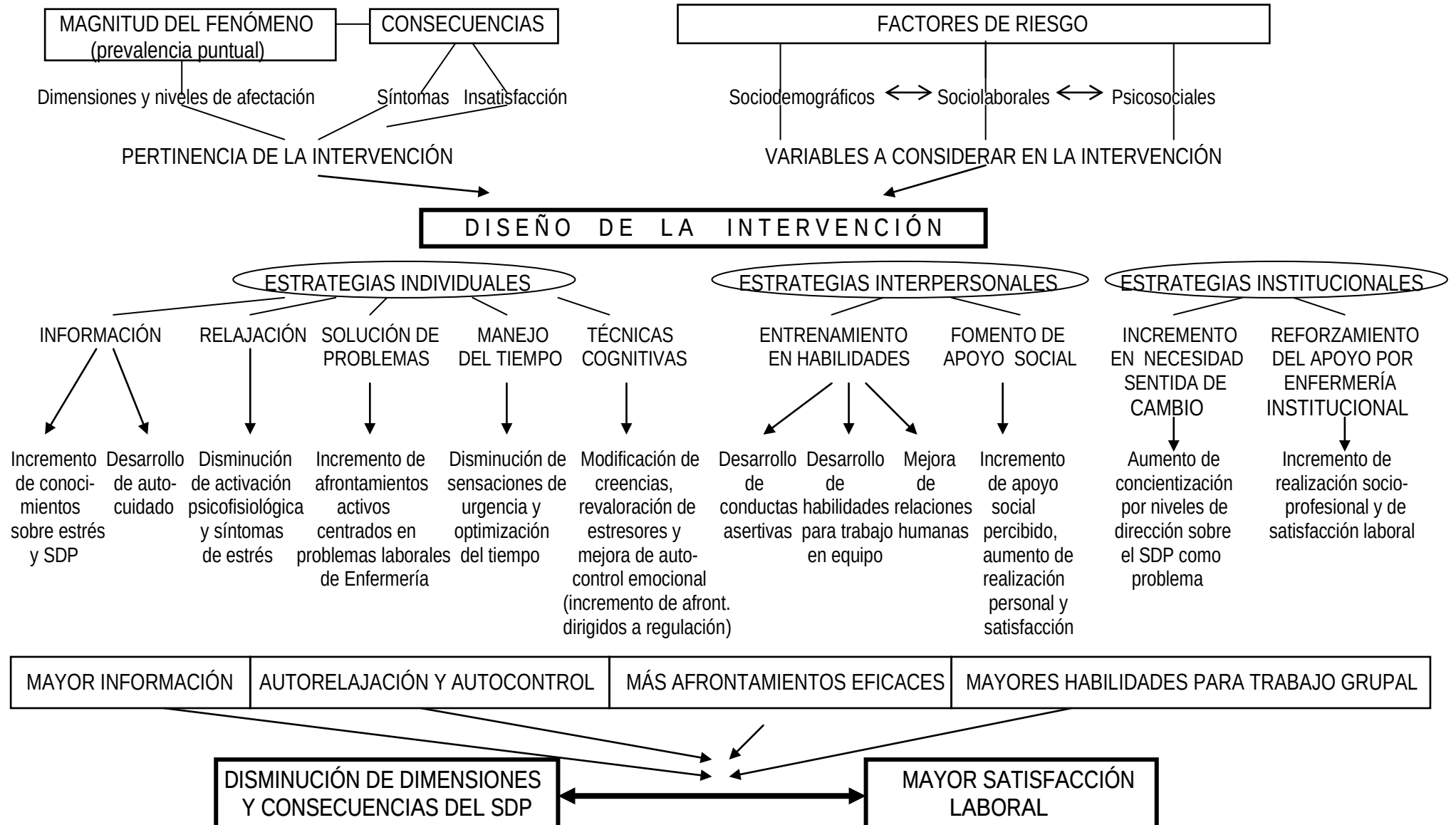


Figura 2. Distribución del nivel global del Síndrome de Desgaste Profesional calificado según CBB después de la intervención



ANEXO 2. ESQUEMA GENERAL DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN



PRODUCCIÓN CIENTÍFICA DE LA AUTORA

I: Proyectos de investigación en el tema Síndrome de Desgaste Profesional

1. Sentido de Coherencia, Personalidad Resistente y Burnout en enfermeros(a)s que trabajan en hospitales oncológicos. Proyecto con salida a tesis de Master en Psicología de la Salud, defendido en la Escuela Nacional de Salud Pública y con salida a tesis doctoral. Proyecto Institucional.
2. Eficacia de un programa de intervención para el control del desgaste profesional del personal de Enfermería que trabaja en hospitales oncológicos de Cuba .Proyecto CITMA. Programa Ramal Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud, con salida a tesis doctoral.
3. Prevención del desgaste profesional en enfermeros(a)s que laboran en Oncológica. Proyecto CITMA. Programa Ramal Investigaciones en Sistemas y Servicios de Salud, con salidas parciales a la tesis doctoral.

II: Publicaciones relacionadas con el tema Síndrome de Desgaste Profesional

1. Chacón, M. Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos Rev. Cubana de Oncología.1997 13 (2)118-125
2. Grau, J, Chacón, M. El desgaste profesional (burnout) en los equipos de Cuidados Paliativos: mito o realidad?. En: M. Gómez Sancho (Ed) La Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Madrid: Arian, 1999, cap. 65, 1005-1020. ISBN: 84-86725-58-5
3. Chacón, M., Grau, J. Burnout en los equipos de Cuidados Paliativos: evaluación e intervención. Capitulo 78, T. 3, 264-280 En: Gómez Sancho M (Ed) Avances en Cuidados Paliativos. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, 2003. ISBN: 84-932976-2-3 (T-II).
4. Chacón, M., Grau, J. Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. Revista Psicología y Salud, Vol 14 (1) enero-junio del 2004. Pg: 67-77. ISSN:1405-1109. ISBN 84.932976-0-7
5. Grau, J., Chacón, M. Autocuidado y estrés laboral. Como evitar quemarnos? Boletín de la Fundación Rafael Peiró Martínez de la Hoz, Panamá, mayo del 2004.
6. Chacón, M., Grau, J., Hernández, L., Román, J. El desgaste profesional o Burnout como problema de la Psicología de la Salud: Su control en los equipos de salud. Pag. 645-77-. En: Hernández E, Grau J, (Eds). Psicología de la Salud: Fundamentos y aplicaciones. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. ISBN 970-27-0807-9. 2005.
7. Chacón, M., Grau, J., Guerra, M.E., Massip, C. Afrontamientos y Emociones en profesionales de Enfermería oncológica con el síndrome de burnout. Revista Psicología y Salud 2006, 16(2); 115-128.

Julio-Diciembre.ISSN:1405-1109

8. Chacón, M., Grau, J., Massip, C., Infante, I., Grau, R., Abadal, Y. El control del Síndrome de Desgaste Profesional o burnout en enfermería oncológica. Una experiencia de Intervención. Revista Terapia Psicológica 2006, 24(1), 39-53. ISSN: 0716-6184.
9. Chacón, M., Grau, J., Llantá, M. C., y Grau, R. (2007). El control del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en el personal de enfermería oncológica: un programa de intervención. En P. R. Gil-Monte y B. Moreno-Jiménez (Comp.), El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo (pp. 261-378). Madrid: Pirámide. Número total de pp. del libro: 342; ISBN: 978-84-368-2112-3; D.L.: M.24097

III: Presentación de trabajos en eventos científicos, en el tema Síndrome de Desgaste Profesional

1. Trabajo en cartel. Estados emocionales generados por situaciones laborales estresantes en Enfermería Oncológica. XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Chile. 1993.
2. Trabajo en cartel. Emociones y Eventos estresantes durante los cuidados de enfermería Oncológica. II Congreso Colombiano de Psicología de la Salud. Colombia.1993
3. Conferencia. Reacciones emocionales ante situaciones emociogenas en enfermeros de Oncología Conferencia Internacional Hospital Psiquiatrico de la Habana.1994
4. Mesa de discusión: Síndrome de Burnout en enfermeros de Oncología. 1^{ra} Reunión Mexicana de Psicooncología.1995
5. Conferencia. Burnout en médicos y enfermeros que laboran en el INOR. I Jornada provincial de Enfermería Oncológica.1996
6. Conferencia. Personalidad Resistente, Sentido de Coherencia y Burnout en enfermeros que laboran en hospitales oncológicos de Cuba. XIII Congresos Integrados Latinoamericanos de Cancerología. Oncología 99
7. Ponente del taller "El Síndrome de Desgaste Profesional o Burnout en trabajadores de la salud". Seminario Regional Riesgos laborales en Salud .Auspiciado por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado y el Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías". Guadalajara. México, Diciembre del 2004.
8. Ponente y moderador del Simposio "El desgaste profesional o Burnout en diferentes contextos". IV Conferencia Internacional de Psicología de la Salud. PSICOSALUD 2004. Noviembre del 2004. Cuba.
9. Conferencia: Burnout en profesionales que trabajan con pacientes con cáncer. Experiencia cubana dirigida al control y prevención. Forum internacional 2005 "Reflexiones sobre la muerte y Cuidados

Paliativos” del Instituto Estatal de Cancerología “Dr. Arturo Beltrán Ortega”. La Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC) y la Universidad Autónoma de Guerrero. Acapulco.

10. Trabajo en cartel: Evaluación e Intervención del burnout en profesionales de la salud...III Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud ALAPSA 2005
11. Coordinador de Simposio y ponente El síndrome de desgaste profesional en diferentes contextos.. Miembro del Comité Organizador .y ponente del III Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud ALAPSA 2005
12. Conferencia: ¿Cómo enfrento y respondo al desgaste profesional?. Seminario Internacional Burnout (desgaste profesional). Hospital General de México. Tech Palewi, sc.2005.
13. Ponente de la Mesa Redonda. El síndrome de desgaste profesional o burnout en salud: Necesidad de la Investigación- Acción. II Congreso Salud y Trabajo. Marzo 2007. Palacio de Convenciones. Cuba
14. Póster: Diseño y evaluación de una intervención dirigida al control del síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería Acción. II Congreso Salud y Trabajo. Marzo 2007. Palacio de Convenciones. Cuba
15. Conferencia: Prevención vs Control del Síndrome de Desgaste Profesional (burnout): Oportunidad para mejorar la calidad de vida laboral en Enfermería. XII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería. I Simposio Cubano de Cuidados Paliativos. Palacio de Convenciones, Enfermería 2007.
16. I Reunión de Coordinación de la Red Iberoamericana de Riesgos Psicosociales Laborales - RIPSOL del Programa CYTED de Cooperación Iberoamericana. Red Iberoamericana de Riesgos Psicosociales Laborales. Reunión de expertos.. Lugar: Hotel Palco. Abril.2007
17. Conferencia Calidad de Vida Laboral en Oncología. PSICO-CIMEQ 2008

IV. Premios alcanzados con resultados de investigación en el Síndrome de Desgaste Profesional

1. Autora principal del PREMIO RELEVANTE. EVENTO PREMIO ANUAL DE SALUD NIVEL PROVINCIAL. Trabajo: Artículo científico “Variables personales y Burnout en enfermeras que trabajan en Oncología”.
2. Autora principal del Premio Relevante al Forum Ciencia y Técnica Nivel Municipal y Mención Provincial. Tema: Programa para la prevención y el control del burnout en Enfermería Oncológica.
3. Coautora del PREMIO ANUAL DE SALUD con un capítulo “El desgaste profesional o burnout como problema de la Psicología de la Salud: su control en los equipos de salud “, del libro “Psicología de la Salud: Fundamentos y Aplicaciones”. De los autores Edelsys Hernández y Jorge Grau. PREMIO NIVEL CENTRAL CATEGORÍA LIBRO.

V: Asesoría y/o tutoría de tesis en el tema Síndrome de Desgaste Profesional

1. Síndrome de Burnout en Médicos y Enfermeras que trabajan con pacientes oncológicos. Estudio exploratorio. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. 1995
2. Síndrome de Desgaste Profesional en profesionales de Enfermería que trabajan en Medicina y Cirugía del Hospital Calixto García. Tesis de terminación de Maestría de Psicología de la Salud. 1996
3. Estrés y burnout en enfermeros(a)s que trabajan en Medicina y Cirugía del Hospital Calixto García. Tesis de terminación de Maestría de Psicología de la Salud. 1996
4. Síndrome de Desgaste Profesional o burnout en Médicos y Enfermeras que trabajan en Neonatología. Tesis terminación de la Especialidad en Psicología de la salud. .2004
5. Síndrome de Desgaste Profesional en profesionales de Radioterapia Oncológica. Tesis terminación de Residencia en Radioterapia.2008

VI: Intercambio de experiencia con expertos internacionales donde se discutieron los resultados de las investigaciones que dan lugar a la tesis

1. Actividad académica con expertos de un Grupo de Trabajo de la Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología, en el marco de la docencia oficial de Salud Laboral. Dirige la actividad académica el Dr. Bernardo Moreno Jiménez. De esta actividad científica y académica emanó un aval que certifica el valor científico de los resultados de las investigaciones reseñadas en este documento (ver documento adjunto).
2. Actividad académica con expertos de la Universidad de Valencia. Facultad de Psicología y de la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional, dirigida por el Dr. Pedro Gil-Monte quien es el director de dicha Unidad (UNIPSIICO). De esta actividad científica y académica emanó un aval que certifica el valor científico de los resultados de las investigaciones reseñadas en este documento (ver documento adjunto).