



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Psicología

Unidad de Posgrado

**Modelo causal social cognitivo de Burnout en
profesionales de la salud de Lima Metropolitana**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Psicología

AUTOR

Giancarlo OJEDA MERCADO

ASESOR

Luis Alberto VICUÑA PERI

Lima, Perú

2016



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Ojeda, G. (2016). *Modelo causal social cognitivo de Burnout en profesionales de la salud de Lima Metropolitana*. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

675



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA)

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Av. Germán Amezaga n.º 375-Ciudad Universitaria-Teléfono: 6197000-3208

ACTA DE SESIÓN DE GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN PSICOLOGÍA

3
1 (P)
no.

Siendo las 15:00 horas del día lunes 30 de mayo de 2016, en el Mini-Auditorio de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. German Amezaga n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por el Dr. Manuel Miljánovich Castilla e integrado por:

- | | |
|---------------------------------|--------------|
| Dr. Manuel Miljánovich Castilla | (Presidente) |
| Dr. Luis Vicuña Peri | (Asesor) |
| Dra. Ana Gloria Díaz Acosta | (Miembro) |
| Dra. Ana Esther Delgado Vásquez | (Informante) |
| Dr. Marcelino Riveros Quiroz | (Informante) |

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Doctor en Psicología del Magister **GIANCARLO OJEDA MERCADO** quien procedió a la exposición de la Tesis titulada **Modelo causal social cognitivo de Burnout en profesionales de la salud de Lima Metropolitana**, con el fin de optar el Grado Académico de DOCTOR EN PSICOLOGÍA.

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el artículo 8.º del Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Doctor, obteniendo la siguiente calificación.

17. MUY BUENO

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

DOCTOR EN PSICOLOGÍA

Se extiende la presente ACTA a las 16:45 del 30 de mayo de 2016.

.....
Dr. Manuel Miljánovich Castilla
Presidente

Dr. Luis Vicuña Peri
Asesor

Dra. Ana Gloria Díaz Acosta
Miembro

Dra. Ana Esther Delgado Vásquez
Informante

Dr. Marcelino Riveros Quiroz
Informante

DEDICATORIA:

A Elizabeth mi esposa con todo mi amor.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque todo se lo debo a Él.

A mis padres Mark y Emma, por su aliento constante y amor permanente.

A mi hermano Neyellko, por su cariño y por ser el modelo intelectual que siempre imité desde que aprendí a leer.

A mi hermanita Liseth, por cuidarme desde el cielo.

A mi asesor de tesis, Dr. Luis Vicuña Peri, por los conocimientos compartidos como docente y por aceptar asesorar esta investigación.

A la Dra. Ana Delgado Vásquez, por sus comentarios y observaciones que ayudaron a mejorar éste trabajo de investigación, y por su gentileza y amabilidad.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO	6
1.1 Formulación del Problema	6
1.2 Delimitación de Objetivos	10
1.2.1 Objetivo General	10
1.2.2 Objetivos Específicos	10
1.3. Justificación e importancia	11
1.4 Limitaciones	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	14
2.1 Antecedentes de Investigación	14
2.2 Bases Teóricas	20
2.2.1 El Estrés	20
2.2.2 El Estrés Laboral	21
2.2.3 El Síndrome de Burnout	22
2.2.4 Manifestaciones del Síndrome de Burnout	26
2.2.5 Modelos teóricos sobre el Síndrome de Burnout	27
2.2.6 Etapas del Síndrome de Burnout	40
2.2.7 Autoeficacia	41
2.2.8 Neuroticismo	47
2.2.9 Locus de control	48
2.3 Definición de términos básicos	49
2.4 Sistema de Hipótesis	50
CAPÍTULO III: MÉTODO	52
3.1 Nivel y Tipo de Investigación	52
3.2 Diseño de investigación	53
3.3 Participantes	54

	Página
3.3.1 Método de muestreo	57
3.4 Variables de Estudio	57
3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	58
3.5.1 Inventario de Burnout de Maslach (MBI)	58
3.5.2 Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarser	60
3.5.3 Inventario de Personalidad NEO FFI	62
3.5.4 Escala Multidimensional de Locus de Control de Levenson	64
3.6 Procedimiento de Recolección de Datos	67
3.7 Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	68
CAPITULO VI: RESULTADOS	71
4.1 Resultados Descriptivos de la Investigación	71
4.2 Resultados referidos a la contrastación de las hipótesis	81
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	88
5.1 Análisis y Discusión de Resultados	88
5.2 Conclusiones	94
5.3. Recomendaciones	95
Referencias bibliográficas	97
Anexos	107

Lista de Tablas

	Página
Tabla 1. Distribución de los participantes en función al sexo y a la profesión.	54
Tabla 2. Promedios y rangos de edades de los participantes.	55
Tabla 3. Promedios y rangos de años que los participantes ejercen la profesión.	55
Tabla 4. Promedios y rangos de horas que los participantes dedican a la actividad laboral.	56
Tabla 5. Condición Laboral según profesiones.	57
Tabla 6 Distribución de frecuencias y porcentajes de síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana.	71
Tabla 7 Distribución de frecuencias y porcentajes de síndrome de burnout en profesionales de salud, según sexo.	72
Tabla 8 Distribución de frecuencias y porcentajes de síndrome de burnout en profesionales de salud, según estado civil.	73
Tabla 9 Distribución de frecuencias y porcentajes de síndrome de burnout en profesionales de salud, según grupo ocupacional.	74
Tabla 10 Niveles de agotamiento emocional en profesionales de salud de Lima Metropolitana.	74
Tabla 11 Niveles de agotamiento emocional en profesionales de salud de Lima Metropolitana según sexo.	75
Tabla 12 Niveles de agotamiento emocional en profesionales de salud de Lima Metropolitana según estado civil.	76

Tabla 13	
Niveles de agotamiento emocional en profesionales de salud de Lima Metropolitana según grupo ocupacional.	76
Tabla 14	
Niveles de despersonalización en profesionales de salud de Lima Metropolitana.	77
Tabla 15	
Niveles de despersonalización en profesionales de salud de Lima Metropolitana según sexo.	77
Tabla 16	
Niveles de despersonalización en profesionales de salud de Lima Metropolitana según estado civil.	78
Tabla 17	
Niveles de despersonalización en profesionales de salud de Lima Metropolitana según grupo ocupacional.	79
Tabla 18	
Niveles de realización personal en profesionales de salud de Lima Metropolitana.	79
Tabla 19	
Niveles de realización personal en profesionales de salud de Lima Metropolitana según sexo.	80
Tabla 20	
Niveles de realización personal en profesionales de salud de Lima Metropolitana según estado civil.	80
Tabla 21	
Niveles de realización personal en profesionales de salud de Lima Metropolitana según grupo ocupacional.	81
Tabla 22	
Matriz de correlaciones entre las variables del modelo.	82
Tabla 23	
Valores de Chi cuadrada e índices de bondad de ajuste del modelo propuesto, el modelo saturado y el modelo independiente.	85
Tabla 24	
Coefficiente estructural para la covariación de la autoeficacia con el síndrome de burnout.	85

	Página
Tabla 25 Coeficiente estructural para la covariación del neuroticismo con el síndrome de burnout.	86
Tabla 26 Coeficiente estructural para la covariación de la dimensión azar del locus de control con el síndrome de burnout.	86
Tabla 27 Coeficiente estructural para la covariación de la dimensión otros poderosos del locus de control con el síndrome de burnout.	86
Tabla 28 Coeficiente estructural para la covariación de la dimensión internalidad del locus de control con el síndrome de burnout.	87

Lista de Figuras

	Página
Figura 1. Representación del modelo de investigación	53
Figura 2. Diagrama del modelo socio-cognitivo de burnout con los coeficientes estructurales.	84

RESUMEN

El estudio tuvo como propósito la validación de un modelo sobre el síndrome de burnout en profesionales de la salud, basado en la Teoría Socio-Cognitiva del Yo, para lo cual se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach. Las variables del modelo fueron la autoeficacia generalizada, el neuroticismo y las dimensiones del locus de control (azar, otros poderosos e internalidad), las cuales fueron consideradas como variables endógenas y se estimó su efecto sobre el síndrome de burnout.

Los participantes del estudio fueron 315 profesionales de la salud de Lima Metropolitana, entre los que se contó con médicos(as), odontólogos(as), psicólogos(as) y enfermeros(as), quienes laboran en centros de salud privados.

Los resultados mostraron que el modelo propuesto presenta validez ya que se ajusta a los datos empíricos medidos según el Inventario de Burnout de Maslach, aplicado a un grupo de profesionales de la salud, lo cual fue evidenciado por medio de los valores de la χ^2 y de los índices de ajuste de Tucker Lewis (TLI), la raíz del promedio de errores de aproximación al cuadrado (RMSEA), el índice de bondad de ajuste (GFI) y los índices CFI e IFI (índice comparativo de ajuste e índice de ajuste incremental respectivamente).

Las variables que mostraron una influencia de tipo causal estadísticamente significativa sobre el síndrome de burnout fueron: La autoeficacia, el neuroticismo y las dimensiones azar, otros poderosos e internalidad del locus de control.

Palabras Clave: Síndrome de burnout, autoeficacia, neuroticismo, locus de control, azar, otros poderosos, internalidad.

ABSTRACT

This study aimed to validate a model of burnout syndrome in health professionals, based on a Social Cognitive Theory of self-regulation, for which it was used The Maslach Burnout Inventory. The variables of the model were the generalized self-efficacy, neuroticism and the dimensions of locus of control (chance, powerful others and internal locus of control), which were considered as endogenous variables and whose effect was estimated over the dimensions of burnout syndrome.

The study participants were 315 health professionals of Metropolitan Lima, among which were included physicians, dentists, psychologists and nurses, who work in private health facilities.

The results showed that the proposed model has validity because it fits to empirical data measured by The Maslach Burnout Inventory, applied to a group of health professionals, which was evidenced by the values of χ^2 and Tucker-Lewis Index TLI (TLI), the root mean squared error of approximation (RMSEA), the index of goodness of fit (GFI), and CFI and IFI indices (comparative fit index and Incremental Fit Index respectively).

The variables that showed a statistically significant causal influence on burnout syndrome were self-efficacy, neuroticism, and the locus of control dimensions (chance, powerful others and internality).

Keywords: Burnout syndrome, self-efficacy, neuroticism, locus of control, chance, powerful others, internality.

INTRODUCCIÓN

En el sector de prestación de servicios de salud, la salud mental de los profesionales que brindan estos servicios requiere de una especial atención debido a las particulares circunstancias en las que realizan su trabajo, por ejemplo, en el caso de los médicos estos se encuentran sujetos a horarios difíciles de trabajo, con la obligación de realizar guardias nocturnas; deben atender a personas enfermas que en muchas ocasiones generan crisis debido a su propia condición de salud, tal como es el caso de los pacientes que padecen de algún trastorno mental; también están expuestos a sus propios sentimientos, provocados por el hecho de la muerte de algunos pacientes, situación que muchas veces deben enfrentar, especialmente los médicos cirujanos y las enfermeras que trabajan en situaciones de emergencia. Los médicos también se encuentran expuestos a las crecientes demandas de las personas que no quedan satisfechas con los servicios recibidos, etc.

En el caso de los cirujanos dentistas, de igual manera, su profesión es considerada como una de las más estresantes, entre muchos factores debido por ejemplo al dolor

con el que muchas veces acuden los pacientes por tratamiento, las manifestaciones de ansiedad por parte de estos y el incumplimiento de los tratamientos, así como el estrés causado por tener que atender a pacientes potencialmente peligrosos por el riesgo de contagio de enfermedades como el VIH y la Hepatitis B y C, además del estrés generado por aspectos ambientales como el ruido propio de los instrumentos y el uso de productos potencialmente tóxicos para la salud.

Con respecto a los profesionales de la psicología, ésta como otras profesiones de servicio suele aportar una elevada satisfacción personal por medio de su ejercicio; sin embargo, al igual que las otras profesiones de salud, puede ser también una fuente de riesgo psicosocial debido a sus características, especialmente en el ámbito clínico en el que el profesional mantiene una relación muy estrecha con las personas a quienes atiende. Esta relación de ayuda a menudo supone la implicación del psicólogo en problemas emocionales que frecuentemente tienen repercusiones en su propia vida personal. Además, los conflictos entre los intereses de la institución en la que trabaja, como por ejemplo, un tiempo reducido para atender cada caso por cuestiones de productividad, y los intereses de las personas objeto de su trabajo suelen suponer dilemas personales que sobrecargan y desgastan emocionalmente al psicólogo, todo lo cual puede devenir en altos niveles de estrés laboral, con los consecuentes peligros que ello implica.

Todas las situaciones señaladas anteriormente pueden provocar en estos profesionales un malestar manifestado en respuestas como fuertes emociones negativas, insatisfacción, falta de motivación para el trabajo, entre otras que son propias del distrés, ocasionando de manera consecuente una deficiente calidad en la atención hacia los usuarios de sus servicios.

El hecho de que la mayoría de los profesionales de la salud pasen gran parte de su tiempo interactuando con pacientes y familiares de estos, previniendo enfermedades, cuidando la salud y realizando rehabilitaciones luego de una enfermedad puede producirles muchas satisfacciones, pero al tratarse de tareas complejas también puede producirles muchos problemas y tensiones de manera que no es inusual que experimenten una gran carga emocional, que podría ir incluso acompañada de sentimientos de ansiedad, tensión, miedo o incluso hostilidad encubierta (Gil-Monte y

Peiró, 1997a).

Se han intentado diversas explicaciones para las respuestas emocionales y de desmotivación que experimentan los profesionales de salud en estas circunstancias. Una posible explicación ha sido ensayada recurriendo al fenómeno denominado síndrome de burnout, también llamado síndrome de quemarse por el trabajo. El síndrome de burnout ha sido considerado como un problema de salud ocupacional y se ha identificado como una de las principales consecuencia de estar sometido al estrés laboral crónico. Este síndrome se manifiesta en actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con quienes se trabaja (despersonalización), hacia el rol profesional (falta de realización profesional) y también por la vivencia de agotamiento emocional (Gil-Monte y Peiró, 1997b).

Los datos existentes sobre la prevalencia del síndrome de burnout a nivel internacional son variables, dependiendo del grupo ocupacional del que se trate, por ejemplo Del Río y Perezagua (2003) encontraron en el caso de las enfermeras españolas que la prevalencia fluctuaba alrededor del 17.83%, mientras que en el mismo país Martínez y Del Castillo (2003) encontraron una prevalencia alrededor del 71.4% en médicos asistenciales en el mismo año. En Latinoamérica países como Chile, por ejemplo, presentan una prevalencia de síndrome de burnout de 30% en profesionales de salud de los niveles primario y secundario de atención, siendo las mujeres que ejercen la medicina las más afectadas (Román, 2003). En el Perú estudios realizados con grupos profesionales de salud específicos encontraron prevalencias que oscilan entre 69,4% y 80,6%, dependiendo de la dimensión del síndrome de burnout considerada (Apaza, Mendoza, Zegarra, y Yoshiyama, 2011).

La población de profesionales de la salud considerada para la presente investigación se desempeña en condiciones de trabajo que podrían constituir un riesgo de salud ocupacional, viéndose afectados tanto en su estado físico, como mental. La sobrecarga de trabajo a la que se encuentran expuestos, la lucidez requerida para realizar las tareas propias de su ocupación, la necesidad de tomar decisiones en forma rápida y oportuna, la fatiga por el esfuerzo físico, el trabajo por turnos, el excesivo número de horas de trabajo, etc. los conducen a una sensación de agotamiento que de por sí puede condicionar el nivel de desempeño que presentan, afectándolos de

manera negativa. Es por ello que la probabilidad de padecer del síndrome de burnout se encuentra sumamente incrementada.

Contar con información que permita proponer intervenciones tanto a nivel individual como a nivel organizacional resulta por tanto de una gran importancia, sin embargo, en la literatura disponible en la actualidad no se encuentra claridad con respecto al rol que desempeñan todas las variables que podrían estar involucradas en el inicio del proceso, como es el caso, por ejemplo, de las variables personales, ya que estas no han sido investigadas con tanta profundidad como sí lo han sido las variables relacionadas con el contexto. Por lo que la presente investigación busca conocer en qué medida un conjunto de factores personales como la autoeficacia generalizada, el locus de control y el neuroticismo, que constituyen los componentes de un modelo teórico socio-cognitivo del burnout, se ajustan a los datos empíricos medidos a través de las puntuaciones del Inventario de Síndrome de Burnout de Maslach.

La presente investigación se organiza en cinco capítulos, además de las referencias bibliográficas y los anexos respectivos, tal como se detalla a continuación.

El primer capítulo hace referencia al planteamiento del estudio, en el cual se presenta algunas consideraciones que posibilitan la formulación del problema de investigación. En este capítulo también se presenta los objetivos, la justificación y las limitaciones de la investigación.

En el segundo capítulo se expone el marco teórico, iniciando con los antecedentes de la investigación, para luego presentar una diferenciación entre el estrés, el estrés laboral y el síndrome de burnout, ya que son términos que tienden a confundirse y presentarse como equivalentes de manera equivocada, luego se hace referencia a las manifestaciones cognitivo-emocionales del síndrome de burnout, las manifestaciones corporales, comportamentales y laborales, para luego pasar a exponer los modelos teóricos propuestos que intentan explicar el síndrome de burnout; finalizando el capítulo se presenta el marco conceptual. Estas consideraciones permiten a su vez exponer el sistema hipotético de la investigación, explicitando la hipótesis general y las hipótesis específicas.

En el tercer capítulo se presenta lo correspondiente a la parte metodológica, y se

precisa el nivel y tipo de investigación, el diseño utilizado, y la descripción de los participantes. También se señala y describe los instrumentos utilizados al igual que el procedimiento empleado para la obtención de los datos, juntamente con las técnicas de análisis y procesamiento de datos.

El cuarto capítulo se refiere a los resultados obtenidos en ésta investigación, se enfatiza los resultados correspondientes al modelo y el ajuste de datos, utilizando para ello las figuras y los indicadores respectivos. También se muestra las tablas correspondientes a los coeficientes estructurales que cuantifican la influencia de las variables de acuerdo a las hipótesis planteadas.

El quinto y último capítulo, corresponde al de análisis de resultados y discusión. En este capítulo, se analiza lo hallado en función al sistema de hipótesis, teniendo en cuenta el sistema hipotético planteado al igual que la hipótesis general y las hipótesis específicas. Se menciona y contrasta los resultados con las investigaciones mencionadas en el capítulo correspondiente al marco teórico.

Así mismo, en el quinto capítulo, se termina con las conclusiones, y se formula algunas sugerencias. Finalmente, se presenta las referencias bibliográficas, al igual que los anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1 Formulación del problema

Los profundos cambios sociales y tecnológicos que se han producido en las últimas décadas han modificado las actividades laborales, lo que ha llevado a las organizaciones a una necesidad de transformarse buscando nuevas formas de mejorar su productividad y nuevas formas de gestionar la fuerza de trabajo. Esta necesidad de cambios ha tenido implicancias no solamente a nivel 'macro' en las organizaciones, sino también a nivel individual en sus trabajadores. En el área de los servicios de salud estos cambios han resultado muy significativos, ya que las prácticas y las representaciones subjetivas del personal de salud con respecto a su rol y sus posibilidades de realización como personas y profesionalmente se han visto afectadas, entre otras cosas por la caída del valor social que tradicionalmente se atribuía a los profesionales de la salud en general, hecho que se refleja en el escaso reconocimiento económico que reciben por su labor. Esta crisis salarial junto con la escasez de recursos en las que muchas veces deben

realizar su trabajo, la sobrecarga laboral por el incremento en la demanda de servicios, la posibilidad permanente de juicios por mala praxis y los dilemas éticos que presentan las nuevas tecnologías los colocan en una situación de permanente tensión o estrés crónico que podría devenir en un problema vinculado a su salud mental y laboral como lo es el síndrome de burnout (Zaldúa y Lodieu, 2001).

Aunque las primeras investigaciones científicas sobre el síndrome de burnout se realizaron en la década de los 70 y 80 del siglo pasado, su estudio hoy en día sigue siendo una necesidad por sus efectos devastadores en la salud y el bienestar tanto sobre las personas que lo padecen como sobre las organizaciones en las que se presenta.

El síndrome de burnout se ha conceptualizado como una respuesta ante el estrés laboral crónico caracterizado por estar asociado a componentes cognitivo-aptitudinales como baja realización en el trabajo, emocionales como agotamiento emocional y actitudinales como despersonalización, producidos por haber permanecido con personas en situaciones de alta demanda social, durante períodos prolongados y estables, existiendo una alta implicación. Los estudios recientes han llevado a considerar al síndrome de burnout como un riesgo psicosocial emergente que requiere su reconocimiento como una enfermedad profesional (Gil-Monte, 2005). Las explicaciones que se han ensayado para explicar este fenómeno señalan que cuando los trabajadores se sienten desbordados de forma continua por las condiciones y demandas laborales, ven afectado su bienestar psicológico, y aparecen signos de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal (Bresó, Salanova y Shaufeli, 2007; Hart y Cooper, 2001).

En un inicio el síndrome de burnout fue considerado propio de profesionales que trabajan en servicios sociales, en contacto directo con las personas que reciben este servicio, como enfermeras, médicos y otros profesionales de la salud; sin embargo, hoy en día se considera que también puede presentarse en trabajadores cuya labor no se realice necesariamente en contacto con personas, no obstante, el grupo de profesionales en salud es el grupo profesional que sigue

siendo considerado como uno de los más expuestos a sufrir este problema debido a la naturaleza de su trabajo.

Debido a la alta prevalencia con la que el síndrome de burnout se presenta en profesionales que prestan servicios de salud, resulta de suma importancia ahondar los estudios que contribuyan a dilucidar la etiología implicada en él, ya que el deterioro de la calidad de vida de estos profesionales, y el detrimento en la calidad de sus interacciones con las personas que ellos atienden, tiene repercusiones sobre la sociedad en general. Éste síndrome tiene importantes consecuencias tanto para la propia salud de los profesionales, como para la organización en la cual laboran, así como para los cuidados que los pacientes reciben (Gil-Monte, 2005; Gil-Monte y Peiró, 1997b; Manzano y Ramos, 2000), por lo que identificar los factores que se hallan más estrechamente vinculados a su desarrollo contribuirá a la prevención de su aparición, constituyendo este el motivo que justifica la pertinencia social de llevar a cabo la presente investigación.

Por otro lado, a nivel teórico, los intentos de brindar luces sobre este problema han provenido fundamentalmente del área de la psicología organizacional, apoyándose en enfoques de tipo psicosocial, los que han propuesto diferentes modelos para explicar cómo el síndrome de burnout se desarrollaría en los profesionales que lo padecen. Estos modelos consideran que la mayor importancia en la etiología del síndrome se encuentra en variables organizacionales tales como disfunciones del rol (Golembiewski, Hilles y Daly, 1987) y la cultura organizacional (Winnubst, 1993). Otros modelos atribuyen mayor importancia a los procesos de interacción social implicados en las relaciones laborales (Buunk y Shaufeli, 1993). Sin embargo, estos modelos no prestan la suficiente atención a factores relacionados con variables personales, tales como la autoeficacia (Cherniss, 1993), los sentimientos de competencia (Harrison, 1983), el sentido existencial alcanzado a través de la realización del trabajo (Pines, 1993), o las estrategias de afrontamiento (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983; Hobfoll y Freedy, 1993).

Las investigaciones existentes hasta el momento se han centrado

prioritariamente en estudiar de manera fundamental los factores organizacionales asociados al síndrome de burnout, sin embargo, las perspectivas de orientación con enfoque clínico, especialmente las que se encuentran influenciadas por modelos como el de la Terapia Racional Emotiva, propuesta por A. Ellis, consideran que no son los factores externos al individuo (como el caso de los factores organizacionales) los que lo afectan, sino que estos se ven afectados por la visión que toman con respecto a las cosas que les acontecen, por lo que serían más estos aspectos personales que los organizacionales los que estarían cumpliendo un rol preponderante en la aparición del síndrome de burnout. Al respecto Schaufeli y Bakker (2004) señalan que no todas las personas responden del mismo modo o se ven afectadas de igual manera por los estresores psicosociales, sino que existe gran variabilidad al respecto, por lo que adquiere gran importancia el estudio de las variables del individuo y de los recursos personales.

La presente investigación sostiene que un modelo basado fundamentalmente en factores concernientes a dimensiones personales puede ayudar a una mejor explicación del fenómeno, sin por ello restar importancia a otros factores de tipo social, cuyo rol ha sido ampliamente demostrado, y de esta manera se podrá contar con información que permita desarrollar estrategias de intervención de tipo clínicas, orientadas a la persona, para prevenir la aparición del síndrome de burnout.

Lo señalado anteriormente lleva a formular la pregunta de investigación de la siguiente manera:

¿El Modelo Teórico Socio-Cognitivo del Burnout propuesto posee validez para explicar las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Burnout de Maslach, por un grupo de profesionales de la salud de Lima Metropolitana?

1.2 Delimitación de objetivos

1.2.1 Objetivo general

- Evaluar la validez del Modelo Teórico Socio-Cognitivo del Burnout propuesto para explicar las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Burnout de Maslach por un grupo de profesionales de la salud, mediante ecuaciones estructurales.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar el síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana.
- Identificar el síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según sexo.
- Identificar el síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según estado civil.
- Identificar el síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según grupo ocupacional.
- Describir la dimensión agotamiento emocional del síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana.
- Describir la dimensión agotamiento emocional del síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según sexo.
- Describir la dimensión agotamiento emocional del síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según estado civil.
- Describir la dimensión agotamiento emocional del síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según grupo ocupacional.
- Describir la dimensión despersonalización del síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana.
- Describir la dimensión despersonalización del síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según sexo.
- Describir la dimensión despersonalización del síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según estado civil.

- Describir la dimensión despersonalización del síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según grupo ocupacional.
- Describir la dimensión realización personal del síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana.
- Describir la dimensión realización personal del síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según sexo.
- Describir la dimensión realización personal del síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según estado civil.
- Describir la dimensión realización personal del síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según grupo ocupacional.
- Desarrollar el análisis de ecuaciones estructurales para contrastar el modelo propuesto.
- Analizar los coeficientes estructurales correspondientes a las relaciones causales propuestas en el modelo.

1.3 Justificación e importancia

Según datos de la Agencia Europea de Seguridad y Salud en el trabajo, en el año 2009 se estimó que la pérdida de días de trabajo anuales por problemas de salud relacionados con el trabajo fue de 1250 millones de días, para el año 2010 el Consejo de Seguridad de Estados Unidos, cifró dicha pérdida en 183 billones de dólares anuales, esto implica que cada trabajador debería incrementar su productividad en promedio en 1300 dólares para que se pueda suplir dicho déficit (Rodríguez y De Rivas, 2011).

En el Perú en el año 2009 se estimó que el impacto económico de los días de trabajo perdidos por problemas de salud ascendió a 556`127,042 soles (Instituto Salud y Trabajo, 2011). Esta pérdida de recursos debido al aumento de problemas de salud, pérdida de días de trabajo, descansos laborales, absentismo y abandono, conllevan a un costo directo a todos los niveles.

El síndrome de burnout no solamente constituye un problema con consecuencias económicas que amerita ser investigado a profundidad, sino que

sus consecuencias para la salud de los profesionales médicos, psicólogos, odontólogos y enfermeros que lo padecen y los problemas que puede generar en los pacientes que ellos atienden también es un factor de gran relevancia a tenerse en consideración. Las personas que reciben atención directa del personal de salud con síndrome de burnout experimentan inseguridad con respecto a sus tratamientos, debido a la falta de dedicación del personal de salud encargado de ellos; se sienten incomprendidos a nivel emocional por falta de empatía y en la mayoría de los casos no solucionan sus problemas de salud por falta de continuidad en sus tratamientos, lo que es causado debido al ausentismo laboral de los profesionales que los atienden. Esto conlleva a una gran pérdida de tiempo que muchas veces se traduce en consecuencias irreparables, las que pueden ir desde la agudización del cuadro clínico hasta la muerte (Gil-Monte, 2001).

Las investigaciones sobre el síndrome de burnout reportadas hasta el momento en la literatura, ponen en evidencia que existen deficiencias en los estudios sobre este síndrome, las cuales pueden ser atribuidas al hecho de que no existen modelos teóricos sólidos que dirijan la investigación. Los modelos existentes difieren respecto a las relaciones entre las variables que originarían el síndrome de burnout y con respecto a la fuerza de estas relaciones. Hasta la fecha, ninguno de los modelos propuestos ha obtenido evidencia empírica suficiente que respalde las relaciones que se hipotetizan, por lo que probar las relaciones entre las variables propuestas en el modelo de la presente investigación constituye una justificación a nivel teórico, que permitirá realizar una contribución a la validación de los modelos que provienen de posturas dentro del área de la psicología clínica, de manera que en un futuro se puedan integrar los resultados obtenidos dentro de un modelo más general, junto con los resultados proporcionados por los modelos provenientes del área organizacional.

1.4 Limitaciones

El desarrollo de la presente investigación, conlleva algunas limitaciones como la capacidad de generalización de los resultados, debido a las características del método de muestreo de los participantes, quienes fueron

seleccionados por un muestreo no probabilístico, lo que hace que la generalización este limitada a un subconjunto constituido por profesionales de la salud con características semejantes a los participantes en el estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de investigación

A nivel internacional se pueden señalar diferentes estudios sobre el síndrome de burnout en profesionales de la salud y otros grupos ocupacionales, los que se mencionan a continuación.

Roth y Pinto (2010) llevaron a cabo un estudio en un grupo de enfermeras de la ciudad de La Paz, Bolivia, el cual tuvo por finalidad identificar la relación entre el síndrome de burnout con la satisfacción laboral y los rasgos de personalidad en 215 enfermeras de siete hospitales. Sus resultados les permitieron concluir que las variables de personalidad correlacionadas significativamente con la dimensión agotamiento emocional del síndrome de burnout fueron la extroversión y el neuroticismo, con las que la relación fue inversa; la amabilidad también presentó correlación inversa con la dimensión

despersonalización, mientras que el neuroticismo presentó una correlación directa con ésta dimensión; la apertura a la experiencia, la responsabilidad, la extroversión y la amabilidad presentaron una correlación directa con la dimensión de realización personal.

Gil-Monte, García-Jueas, y Caro (2008) llevaron a cabo una investigación sobre el papel de la autoeficacia y la sobrecarga laboral en la aparición del síndrome de burnout en Valencia España, con una muestra formada por 714 profesionales de enfermería que trabajaban en diferentes hospitales. Los resultados mostraron que la autoeficacia y la sobrecarga laboral predecían de manera significativa las dimensiones despersonalización, agotamiento emocional y realización personal en el trabajo del síndrome de burnout.

Aldrete, Preciado, Franco, Pérez, y Aranda (2008) realizaron una investigación que tuvo por objetivo identificar las diferencias de los factores psicosociales laborales y el síndrome de burnout en hombres y mujeres docentes de secundaria de la zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México. El estudio fue observacional transversal y analítico en una muestra probabilística de 186 mujeres y 171 hombres, para el cual se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach y la Batería de Factores Psicosociales en el Trabajo Académico. Los resultados mostraron que el 84,1% de mujeres y 77,2% de hombres presentaron elevada alguna dimensión del inventario de burnout. En los hombres se encontró relación estadísticamente significativa con el síndrome de burnout y las condiciones de trabajo, el contenido y características de la tarea, y la interacción social y en las mujeres con las exigencias laborales. Se concluyó que los hombres y mujeres perciben por igual la presencia de factores psicosociales laborales, existiendo diferencias por género en el síndrome de burnout.

En el año 2007 Hernández-Vargas, Juárez, Arias, y Dickinson (2008) realizaron un estudio que tuvo por objetivo identificar los niveles de burnout por componentes y su relación con el locus de control, la autoeficacia y la falta de control emocional en un grupo de trabajadores de salud del distrito federal de México, para ello evaluaron a 276 trabajadores de centros de atención primaria de la ciudad de México a quienes se les aplicó el Inventario de Burnout de

Maslach en versión castellana y la Escala de Control Laboral-Personal de Juárez. Los resultados mostraron un 35.1% de trabajadores con niveles bajos de agotamiento emocional, 30.1% de trabajadores con niveles medios y 34.8% de trabajadores con niveles altos; en despersonalización se encontró 45.3% de trabajadores con niveles bajos, 19.6% de trabajadores con niveles medios y 35.1% de trabajadores con niveles altos; en cuanto a la realización personal se encontró 33.3% de trabajadores con niveles bajos, 30.4% de trabajadores con niveles medios y 36.2% de trabajadores con niveles altos. En el análisis de las correlaciones encontraron una correlación estadísticamente significativa e inversa entre la falta de realización personal y la autoeficacia, mientras que la dimensión realización personal del síndrome de burnout correlacionó significativamente, de manera directa, con el locus de control externo.

En el mismo año 2007 Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, investigadores del Instituto de Investigación Biomédica de Girona y de la Unidad Coordinadora de Calidad, Formación e Investigación de la Fundación Salud Empordà, condujeron una investigación en la que buscaron comparar la prevalencia del síndrome de burnout entre profesionales de la salud de países de habla hispana y explorar su asociación con las características sociodemográficas y profesionales de los trabajadores y con sus percepciones. Con tal fin estudiaron 11 530 profesionales de la salud de habla hispana, quienes tuvieron una edad promedio de 41.7 años, de los cuales 51% fueron varones, para lo cual utilizaron el Inventario de Burnout de Maslach y un cuestionario *ad-hoc* vía online desde el portal sanitario Intramed. El periodo de estudio fue desde diciembre del 2006 hasta septiembre del 2007. El análisis de los resultados se llevó a cabo por medio de una regresión logística y sus conclusiones fueron que la prevalencia del síndrome de burnout es mayor en España y Argentina y los profesionales que más lo padecen son los médicos, siendo variables protectoras contra el síndrome de burnout la edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, y Braga, 2009).

Villarroel en el año 2005 realizó una investigación en la que analizó la relación entre las variables locus de control, estilos de afrontamiento y ciertas

características socio-demográficas con el síndrome de burnout, en una muestra de 111 médicos de la ciudad de Maracaibo, Estado Zulia en Venezuela; encontrando que la internalidad total del locus de control presentó una correlación inversa y estadísticamente significativa con el agotamiento emocional y con la despersonalización, de manera contraria se encontró que la internalidad total del locus de control presentaba una correlación directa y estadísticamente significativa con la realización personal.

Otro estudio realizado por Hernández y Olmedo (2004) realizado con 222 personas, pertenecientes al personal de salud del complejo hospitalario de la Seguridad Social “Ntra. Sra. de la Candelaria” de Santa Cruz de Tenerife, mostró la relación entre el burnout con distintas variables de personalidad. La muestra estuvo formada tanto por mujeres (84,8%) como por hombres (15,2%), con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años. Para la medida del burnout, se utilizó el Cuestionario de Burnout para Enfermería (CBE), de Hernández y Olmedo, para medir la extroversión y el neuroticismo se utilizó el E-N, de Pelechano, para medir el locus de control se utilizó el LUCAM, de Pelechano y Báguena, y se controlaron la variable patrón de conducta tipo A utilizando el Test de Bortner y, finalmente, para valorar la variable rigidez se utilizó el Cuestionario R-3 de Pelechano. Los resultados indicaron la existencia de relaciones entre el neuroticismo, el locus de control y el patrón de conducta Tipo A con respecto a determinadas características del síndrome de burnout. No sucedió lo mismo con la dimensión de extroversión ni con la variable rigidez, ninguna de ellas presentó relación alguna con respecto al síndrome.

García, Meda, Moreno-Jiménez, Morante y Castañeda (2008) publicaron una investigación en donde recolectaron datos de diferentes profesionales de la psicología en seis estados de la República Mexicana, con los datos se creó un banco de datos con información de 454 sujetos (correspondiente al 57% del total de cuestionarios enviados) de ambos sexos, con un rango de edad entre 21 y 67 años, los cuales tenían una antigüedad laboral mínima de seis meses en las siguientes áreas de práctica profesional: Clínica, asistencial, educativa, organizacional y social. De ellos, 65.6% de los participantes fueron del sexo femenino, con una media de edad de 37.9 años (d.s.=10.3) y una media de

experiencia laboral de 12 años (d.s.=9.18), de diferentes áreas de la psicología: clínica, asistencial, educativa, investigativa y organizacional. En el estudio se utilizó la versión española del MBI-HSS (MBI-Human Services Survey) para evaluar burnout, que conserva el mismo formato de aplicación propuesto por sus autoras en la versión original. Los resultados del análisis indicaron que los psicólogos que trabajaban en el área laboral presentaron niveles significativamente más altos en despersonalización que aquellos que trabajaban en el área de clínica. Del mismo modo, los psicólogos clínicos presentaban menores niveles de despersonalización que los del área educativa.

En 1995 Buendía y Riquelme llevaron a cabo una investigación en la que se estudió una muestra de 85 funcionarios de un establecimiento penitenciario de la provincia de Murcia en España. Los autores utilizaron el Inventario de Burnout de Maslach para evaluar el nivel de burnout y también hicieron uso de la escala para medir el locus de control de Rotter. La investigación no arrojó asociaciones significativas entre la variable locus de control y las tres dimensiones del síndrome de burnout.

A nivel nacional también se han realizado investigaciones sobre el síndrome de burnout en diversos profesionales, incluyendo entre ellos a profesionales de la salud, entre las cuales se menciona las siguientes.

En el año 2007 Aguilar y Gutiérrez publicaron una investigación que tuvo como objetivo determinar la relación entre las dimensiones del síndrome de burnout, las características socio – demográficas y el clima laboral en médicos de dos hospitales de la ciudad de Lima. Se encontró una mayor presencia de agotamiento emocional y despersonalización en hombres que en mujeres, igualmente estas dos dimensiones del síndrome de burnout se hallaron más elevada en solteros, en contratados y en internos de medicina de los hospitales. Los resultados también mostraron que el clima laboral existente en los hospitales donde se tomó la muestra actuaba como factor protector contra el agotamiento emocional, la despersonalización y favorecía la realización personal.

En el 2005 Gomero, Palomino, Ruiz, y Llap publicaron una investigación que tuvo por objetivo identificar a los profesionales de salud con síndrome de burnout en tres centros hospitalarios ubicados en las localidades de Cuajone, Ilo y Toquepala en el sur del Perú, y aportar características epidemiológicas que permitan una aproximación del perfil de riesgo en el personal sanitario, los resultados encontraron que las características asociadas al síndrome de burnout eran la edad, siendo más probable que los profesionales de edades entre 40 y 49 años sufran de burnout en comparación con los de mayor edad (50 a 59 años), también encontraron una mayor probabilidad de sufrir de burnout en las personas casadas a comparación de las solteras, convivientes, divorciadas y viudas.

En el año 2002 Fernández, investigador de la Universidad de Lima publicó una investigación en profesores de educación primaria de Lima Metropolitana en la que se exploró el síndrome de burnout en una muestra de 264 profesores de educación primaria. Se estudiaron las tres dimensiones que comprende el síndrome: Agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, sus resultados indicaron que un 43% de los profesores alcanzaban niveles altos de burnout. Los resultados fueron analizados en función a diversas variables socio-demográficas, encontrándose diferencias en la dimensión de agotamiento emocional al comparar hombres y mujeres, obteniendo las mujeres puntuaciones más altas en esta dimensión. Al comparar las dimensiones del burnout según el tipo de entidad se encontró que los profesores que laboran en entidades estatales presentan puntuaciones más elevadas en la dimensión de realización personal que los profesores que laboran en entidades particulares. Con respecto al lugar de procedencia se encontró que los profesores de provincias presentaron puntuaciones más altas en la dimensión de despersonalización en comparación con los profesores de Lima; éstas diferencias según el lugar de procedencia también se dieron en la dimensión realización personal, en la que los profesores de Lima obtuvieron puntuaciones más altas que los profesores de provincias. Al comparar las dimensiones del síndrome de burnout en función al estado civil, Fernández encontró que los profesores solteros obtuvieron puntuaciones más altas en agotamiento emocional.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 El estrés

Desde inicios de la humanidad las diversas actividades realizadas por el hombre y el entorno cambiante han demandado de la especie humana la puesta en marcha de procesos de adaptación. Dependiendo de los recursos de las personas para afrontar estas demandas, las experiencias pueden transformarse en experiencias negativas o positivas, en ambos casos el proceso de adaptación genera lo que ha venido en llamarse estrés. El vocablo estrés deriva de la palabra latina “stringere”, que significa “provocar tensión”. El término fue utilizado por primera vez en siglo XIV y desde entonces ha aparecido en distintos textos en inglés, como “strest”, “stress”, “stresse”, y “streisse” (Slipak, 1996). A fines del siglo XVII el físico inglés Hooke utilizó el término “estrés” para describir una situación de exigencia externa que al actuar sobre un cuerpo produce una distensión elástica, por lo que de manera semejante a lo que ocurre con el funcionamiento de una máquina, hace que el cuerpo se exponga a un desgaste (López, 2011).

Debido a lo anteriormente señalado el término estrés se relacionó con la idea de “desgaste de la energía nerviosa”. A inicios del S. XIX, Beard, médico norteamericano, afirmó que sus pacientes sufrían, como consecuencia de las exigencias del nuevo siglo, una sobrecarga que los llevaba a lo que denominó “neurastenia”. Beard afirmaba que las demandas de la vida urbana y el contexto social podían producir un desequilibrio en las personas y llevar a una enfermedad mental. A principios del siglo XX se empieza a hablar de enfermedades de origen psicológico y comienza a cobrar popularidad la denominada “medicina psicosomática”, basada en la idea de que podía haber una asociación entre la enfermedad física con la psique. De esta forma la neurastenia pasó a formar parte de un diagnóstico psicológico en vez de un trastorno físico y, posteriormente se le dio el nombre de “fatiga crónica” (López, 2011).

Sin embargo, fue hasta la década de los años treinta del siglo pasado que fruto del azar y de la observación sistemática Hans Selye descubrió lo que fue denominado “trastorno general de adaptación”, que corresponde a lo que hoy denominamos como estrés y lo definió como una respuesta del organismo ante la percepción de una amenaza, respuesta que se caracteriza por una fase de alarma en la que el organismo se prepara para dar una respuesta, una fase de resistencia en la que aparecen cambios específicos que permitirán enfrentar la situación, y una fase de agotamiento en la que se da un progresivo desgaste de la energía utilizada para hacer frente a la amenaza (Rodríguez, y De Rivas, 2011).

El término estrés hoy en día se utiliza para describir los síntomas que se producen en el organismo cuando debe hacer frente a presiones impuestas por el medio externo o por la misma persona.

2.2.2 El estrés laboral

Cuando los síntomas del estrés se encuentran relacionados con la organización y la gestión del trabajo se habla entonces de estrés laboral. El estrés laboral puede constituir un impulsor de la actividad, en éste caso las personas que lo experimentan indican que necesitan trabajar bajo estrés para poder ofrecer resultados adecuados. Es así que cuando las respuestas son adecuadas para el estímulo o si están adaptadas a las normas fisiológicas del sujeto a éste estrés se le denomina eustres y estimula el buen funcionamiento y la capacidad de adaptación del organismo. Pero cuando el ambiente que rodea al individuo supera sus capacidades de respuesta y adaptación, el estrés constituye un obstáculo para alcanzar las metas deseadas y a éste tipo de estrés se le denomina distres.

El concepto de estrés laboral se refiere a las respuestas fisiológicas, psicológicas y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas del entorno laboral, puede conceptualizarse como el conjunto de fenómenos producidos en el organismo de los trabajadores, ante la presencia de agentes estresantes

lesivos derivados directamente del trabajo que pueden afectar la salud del trabajador. Según la Comisión Europea de Seguridad y Salud en el Trabajo el estrés laboral puede definirse como reacciones físicas y emocionales nocivas que ocurren cuando las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador no alcanzan para satisfacer las exigencias del trabajo (Rodríguez, y De Rivas, 2011).

Martínez (2004) señala que las consecuencias del estrés laboral no se limitan únicamente a la esfera profesional, sino que muy a menudo se extienden a la vida personal y familiar. Las personas suelen pasar gran parte de su tiempo en el trabajo, el cual desempeña un papel central en sus vidas ya que no solamente es una fuente de sustento, sino que configura la identidad de las personas. Para muchas personas el trabajo es una medida de sí mismas y determina su valor como personas. En consecuencia, lo que ocurre en el trabajo tiene muchas veces una gran influencia a nivel psicológico en los trabajadores.

2.2.3 El síndrome de burnout.

El término burnout surge a mediados de los años setenta del siglo pasado en la literatura científica para explicar el proceso de deterioro en la atención y los cuidados observado en las organizaciones de servicios, ya sean de salud, educativas u otras. El primero en describirlo fue Herbert Freudenberger, quien en 1974 introduce el término en referencia a la observación realizada sobre los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, quienes manifestaban una pérdida progresiva de energía, llegando hasta el agotamiento, y presentando síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en el trabajo y agresividad con los pacientes al cabo de un año de trabajo. Freudenberger describió a estas personas como poco comprensivas, menos sensibles, y agresivas en su trato con los pacientes e incluso les daban un trato distante y cínico; y describió el síndrome como una experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por el trabajo que surge en los profesionales que prestan

un servicio directo a personas, como consecuencia del ejercicio diario de la profesión (Tobie y Nava, 2012).

Un antecedente histórico del síndrome de burnout se puede encontrar en un estudio de Schwartz y Will (1953, citados en Gálvez y Mingote, 2009) en el que describen un estado de baja moral y distanciamiento, con respecto a los pacientes, experimentado por enfermeras de un servicio de psiquiatría, aunque no utilizan exactamente el término de burnout para denominarlo. En un contexto no clínico el primero en usar el término parece ser el novelista Thomas Mann, quien en 1901, en su novela “The Buddensbrooks”, se refiere a este concepto. En la obra se relata la decadencia de una familia y las características del síndrome se encuentran implícitos en las características del personaje principal, un senador, del cual toma el nombre su obra. Otro antecedente se encuentra en la obra “A burnout case” del novelista inglés Graham Green, publicada en 1961, la cual fue traducida al español con el título de “un caso acabado”. En esta obra Green narra la historia de un arquitecto famoso y de éxito, atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión y retirarse a la selva africana en el Congo. A lo largo de la novela el personaje se presenta como alguien que hastiado ha abandonado su vida anterior y rechaza volver a ella. A pesar de tratarse de un sujeto con éxito social se encuentra insatisfecho con su trabajo y ha perdido el interés por éste y por el resto de cosas. El aspecto faltante para poder encuadrar el caso presentado por Green dentro del actual concepto de burnout es el aspecto concerniente a las relaciones con otras personas en el ambiente de trabajo.

Otro ejemplo literario relacionado con el síndrome de burnout es el que se encuentra en la novela de Milan Kundera “La insoportable levedad del ser”. En esta obra uno de los protagonistas, quien es un médico cirujano acaba abandonando, luego de muchos avatares, su profesión para dedicarse a ser camionero. Es a raíz de esta novela publicada en 1984 que el síndrome de burnout cuando es referido a los profesionales médicos se denominada enfermedad de Thomas, por el nombre del protagonista.

En 1976 el término burnout fue dado a conocer, luego de varios años de estudios empíricos, públicamente en la comunidad científica por Cristina Maslach, quien lo presenta en el Congreso Anual de la Asociación Psicológica Americana (A.P.A.), usándolo para referirse a una situación cada vez más frecuente entre trabajadores dedicados a brindar servicios a humanos, y consistía en el hecho de que después de algún tiempo de trabajo, que podía ser meses u años, los trabajadores podrían experimentar las características que se agrupan en lo que hoy se denomina síndrome de burnout (Quiceno y Vinaccia, 2007).

En la literatura publicada es posible encontrar hasta diecisiete denominaciones diferentes en castellano para el denominado síndrome de burnout, algunas de estas poseen gran similitud, lo que permite agruparlas en tres grupos.

En el primer grupo se encuentran las denominaciones que toman como referente el término anglosajón "burn out", de esta forma se tiene los siguientes términos:

- Quemazón profesional (Aluja, 1997).
- Síndrome de quemarse por el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997b).
- Estar quemado (Olmeda, García, y Morante, 1998).
- Síndrome del quemado (Chacón y Vecina, 1999).
- Síndrome de estar quemado (Da Silva, Vega y Pérez, 1999).
- Síndrome de quemarse en el trabajo (Guillén y Santamaría, 1999; Manassero, García, Vásquez, Ferrer, Ramis y Gil, 2000).
- Síndrome de estar quemado en el trabajo (Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró, y Grau, 2000).

El segundo grupo de denominaciones contiene a aquellas que optan por una traducción distinta a la literal y se centran en el contenido semántico o en el contenido de la patología, así se tiene:

- Desgaste ocupacional (López, 1996).
- Desgaste profesional (Arón y Milicic, 2000).

- Agotamiento profesional (Belloch, Renovell, Calabuig, y Gómez, 2000).
- Desgaste psicológico por el trabajo (García, Sáez y Llor, 2000).
- Síndrome de cansancio profesional (Belloch, Renovell, Calabuig, y Gómez, 2000).

Y finalmente el tercer grupo equipara el significado del síndrome de burnout con el significado de estrés laboral, y por tanto usa denominaciones como:

- Estrés profesional (Aluja, 1997).
- Estrés laboral (Fuertes, Martínez, Cantizano, Gándara, y De la Cruz, 1997; García, Sobrido, García, Raña y Saleta, 1999).
- Estrés laboral asistencial (Arranz, Torres, Cancio y Hernández, 1999).
- Estrés crónico laboral asistencial (Manzano, 2001).

Con respecto a este tercer grupo de denominaciones es necesario precisar que los conceptos de estrés y burnout son constructos diferentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el estrés como un conjunto de respuestas fisiológicas que prepara al organismo para la acción.

A lo largo de ésta investigación la denominación usada es la de síndrome de burnout, debido a ser la más utilizada y ser el primer término que se presentó a la comunidad científica para referirse al fenómeno en estudio.

Es probable que contrariamente a lo que se suele señalar en relación al síndrome de burnout como una patología emergente del Siglo XXI, este haya existido siempre, desde que el trabajo surgió como un fenómeno colectivo y social, siendo los cambios sociales, culturales y organizacionales que se han dado en el mundo del trabajo, los que han dado lugar a que el fenómeno se visibilice hoy en día al punto de ser denominado de manera exagerada como una "epidemia".

2.2.4 Manifestaciones del síndrome de burnout.

El síndrome de burnout como un estado resultante de estar expuesto al estrés laboral de forma crónica puede manifestarse de diversas maneras, así se tiene (Manso, 2006):

- Manifestaciones cognitivas y emocionales: Las personas que sufren del síndrome de burnout suelen manifestar que experimentan una sensación de vacío, de fracaso e impotencia, junto con una sensación de agotamiento, baja autoestima y pobre sentido de realización personal. También manifiestan frecuentemente un estado de ansiedad, inquietud, dificultad para concentrarse y baja tolerancia a la frustración, pudiendo incluso presentar comportamientos paranoides y/o agresivos hacia los pacientes y sus familias, sus compañeros e incluso con su propia familia. No es raro encontrar entre las personas que sufren de este síndrome un distanciamiento afectivo como una forma de protección del yo, además suelen señalar aburrimiento y manifiestan una actitud cínica hacia los pacientes, se tornan impacientes e irritables, pudiendo también aparecer manifestaciones de depresión.

- Manifestaciones conductuales: Las personas que sufren de este síndrome suelen presentar hábitos adictivos como consumo de tabaco, alcohol, y otras drogas, también manifiestan conductas de evitación, como estrategias para no enfrentar las situaciones desagradables, lo que repercute en un bajo rendimiento laboral, pudiendo llegar al absentismo laboral. No es infrecuente tampoco la aparición de conductas violentas.

- Manifestaciones corporales: A nivel corporal son frecuentes las cefaleas, el insomnio, los dolores osteomusculares, las alteraciones gástricas y las alteraciones a nivel cardiovascular, especialmente taquicardia y presión alta.

- Manifestaciones laborales: Muchas veces las personas que padecen el síndrome de burnout presentan una baja productividad en el trabajo, junto con un descenso en la calidad de los servicios que prestan a las personas

con las que trabajan, en el caso del personal de salud este descenso se manifiesta en la calidad del servicio hacia los pacientes. Puede observarse además la aparición de conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia, debido muchas veces al empobrecimiento de las comunicaciones que se tornan deficientes.

2.2.5 Modelos teóricos sobre el síndrome de burnout

No existe un modelo único que explique el fenómeno del síndrome de burnout, sino que cada modelo se ha centrado y ha analizado diferentes variables.

La necesidad de explicar el síndrome de burnout integrándolo en marcos teóricos más generales, que permitan explicar su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos. La característica fundamental de todos ellos es que han sido elaborados para explicar la etiología del síndrome desde marcos teóricos más amplios o diferentes a la propia teoría del síndrome. Estos modelos agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten a través de qué procesos los trabajadores llegan a sentirse quemados.

Un primer grupo de modelos ha sido desarrollado en el marco de las teorías socio-cognitivas del Yo, un segundo grupo de modelos desde las teorías del intercambio social y un tercer grupo se ha basado en las teorías del campo organizacional. También existe la propuesta de un modelo estructural que recoge elementos de los tres grupos anteriores.

- Modelos etiológicos elaborados desde las teorías socio-cognitivas del Yo

- a. Modelo de Cherniss.

En 1993 Cherniss propuso un modelo (citado en Gil-Monte y Peiró, 1997b) según el cual las características del ambiente laboral que facilitan que los trabajadores desarrollen sentimientos de éxito constituyen las

características de las organizaciones que ayudan en la prevención para que el síndrome de burnout no se desarrolle. Estas características del ambiente laboral son: Alta autonomía, alto nivel de desafío, control, retroalimentación de los resultados y apoyo social del supervisor y de los compañeros.

El modelo propuesto por Cherniss forma parte de las teorías que se encuentran comprendidas dentro de las teorías socio-cognitivas del Yo, y se basa principalmente en los trabajos realizados por Bandura sobre la autoeficacia, agrupando una serie de variables consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome. Según Párraga (2005) las teorías socio-cognitivas del Yo consideran básicamente que las cogniciones influyen en la forma como las personas perciben y en el comportamiento de las mismas y, a su vez, éstas cogniciones son modificadas por los resultados del comportamiento y por la acumulación de las consecuencias que se observan en los otros; también consideran que el grado de seguridad que las personas experimentan en relación con sus propias capacidades determinará el esfuerzo que pondrán en conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará algunas reacciones emocionales, como la depresión o el estrés que acompañan a la acción.

Los trabajadores que perciben un alto sentido de autoeficacia tienden a experimentar menos estrés ante las situaciones amenazantes, y cuando creen que pueden afrontar las situaciones de manera positiva éstas les resultan menos estresantes. El éxito y la consecución de logros personales por parte de los trabajadores aumentaría la percepción de autoeficacia, mientras que el fracaso en el logro de los objetivos conllevaría a sentimientos de fracaso, bajo sentido de autoeficacia y podría dar lugar al desarrollo del síndrome de burnout.

b. Modelo de competencia social de Harrison.

Según este modelo el síndrome de burnout se encuentra estrechamente relacionado con la competencia percibida, es en base a esto

que Harrison elabora su modelo de competencia social. Para este autor, la mayoría de los trabajadores que empiezan a trabajar ayudando a otras personas, en profesiones de servicios, se encuentran altamente motivados por brindar esta ayuda a los demás y tienen un elevado altruismo. Los trabajadores en su entorno laboral pueden encontrarse con factores que facilitan la actividad que realizan o con factores que constituyen barreras, dificultando su labor. Dentro de estos factores se tiene la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del trabajador y los valores de la institución, la posibilidad de toma de decisiones, la capacitación profesional, la ambigüedad de rol, la sobrecarga laboral, la disponibilidad de los recursos, la retroalimentación recibida, etc. (Harrison, 1983).

Según el modelo de competencia social de Harrison la motivación para ayudar se encontraría determinando el sentido de eficacia del trabajador en la consecución de los objetivos laborales, de forma que a mayor motivación del trabajador mayor sentido de eficacia laboral. Si en el entorno existen factores de ayuda, el sentido de efectividad aumentará y ello redundará en un aumento de los sentimientos de competencia social del trabajador. Dada la naturaleza altamente reforzante de estos sentimientos para estos profesionales, pueden ser considerados como un gran factor de ayuda, de manera que permiten mantener y aumentar los sentimientos de eficacia e influirán de manera positiva en la motivación para ayudar.

Por el contrario, cuando los trabajadores perciben obstáculos en su entorno laboral, los sentimientos de eficacia disminuyen, debido a que no pueden conseguir sus objetivos, esto afecta negativamente a la esperanza de poder conseguirlos. Si esta situación se mantiene a lo largo del tiempo se originaría el síndrome de burnout, el que por retroalimentación facilitaría la aparición de nuevos obstáculos, disminuyendo los sentimientos de eficacia percibida y la motivación para ayudar.

Harrison (1983) señala que el modelo de competencia social se aplica

especialmente a los trabajadores con expectativas muy altas sobre la consecución de sus objetivos laborales, quienes intentan ayudar a los demás en situaciones que requieren de algo más que la simple motivación para alcanzar éxito.

Pines (1993) desarrolló un modelo similar al modelo de competencia social de Harrison, con la diferencia de que incorpora la idea de que solamente aquellos trabajadores quienes intentan darle un sentido existencial a su trabajo llegan a desarrollar el síndrome de burnout, es decir, que éste síndrome aparecería sólo en aquellos profesionales que justifican su existencia por la labor de carácter humanitario que realizan y por la ayuda que brindan con su trabajo. Ésta justificación hace que el trabajador le dé sentido a su vida, ya que considera las cosas que hace como útiles e importantes. Según este modelo el síndrome de burnout se desarrollará en los trabajadores que mantengan grandes expectativas y se fijen altos objetivos en su vida profesional. Los trabajadores que se hallan muy motivados por su labor y que se encuentran plenamente identificados con su trabajo, al que otorgan significado existencial, cuando fracasan en la consecución de sus objetivos, se frustran con respecto a esas expectativas, y sienten que no pueden realizar una contribución significativa a la vida, desarrollando como consecuencia el síndrome de burnout, sin embargo, aquellos trabajadores que no estén inicialmente muy motivados pueden experimentar estrés, depresión o fatiga, pero no el síndrome de burnout.

Según el modelo de Pines el síndrome de burnout se produce como resultado de un proceso de desilusión, un fracaso en la búsqueda del sentido de vida, en trabajadores altamente motivados hacia su trabajo.

c. Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper.

Thompson, Page y Cooper (1993, citados en Gil-Monte y Peiró, 1997b) destacan la existencia de cuatro factores que se encuentran asociados a la aparición del síndrome de burnout, señalando que un rol fundamental en el proceso es el desempeñado por la autoconfianza. Estos

cuatro factores son: 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto, 2) El nivel de autoconciencia, 3) Las expectativas de éxito personal y 4) Los sentimientos de autoconfianza.

De acuerdo con este modelo la autoconciencia vendría a ser un aspecto fundamental en la etiología del síndrome de burnout. Este factor es considerado como un rasgo de personalidad, y es conceptualizado como la capacidad del trabajador para autorregular los niveles percibidos de estrés durante el desarrollo de una tarea dirigida a la obtención de un objetivo. Los trabajadores que presentan alta autoconciencia presentarán una tendencia exagerada a autoperibirse y a concentrarse en sus experiencias de estrés, por lo que percibirán mayores niveles de estrés en comparación con los trabajadores que presentan baja autoconciencia.

El modelo propone que la percepción de discrepancias entre las demandas y los recursos podría intensificar el nivel de autoconciencia en algunos trabajadores lo cual afectaría negativamente a su estado de ánimo, esto redundaría en una falta de confianza percibida para resolver las discrepancias, y produciría bajos sentimientos de realización personal en el trabajo.

La frustración continua en el logro de los objetivos haría que los trabajadores que presentan altos niveles de autoconciencia y tendencia al pesimismo sean proclives a resolver las dificultades usando estrategias de retirada mental o conductual de la situación problemática. Este retiro conductual denotaría una tendencia a abandonar progresivamente los intentos por reducir las discrepancias percibidas con respecto al logro de los objetivos profesionales.

Las conductas de despersonalización características del síndrome de burnout según este modelo son consideradas como un expresión de retiro conductual. Los profesionales que no pueden desarrollar estas conductas de abandono serían los que luego experimentarían los sentimientos de desamparo profesional y de agotamiento emocional.

Los profesionales de servicios de ayuda que presentan intensos rasgos de autoconciencia y pesimismo serían quienes tienden a manifestar una disminución de los esfuerzos que deberían invertir para resolver las discrepancias entre las demandas y los recursos, esto vendría a ser una forma de distanciamiento frente a la experiencia o frente al riesgo de experimentar emociones negativas.

El modelo de Thompson, Page y Cooper plantea que los altos niveles de autoconciencia aumentarían las experiencias de frustración y desilusión, por el contrario la predisposición a asumir expectativas optimistas de éxito en la resolución de las discrepancias reforzaría la confianza que tienen los trabajadores en su habilidad para reducirlas, y promovería la persistencia de los intentos realizados para reducir la discrepancia.

- Modelos etiológicos elaborados desde las Teorías del Intercambio Social

Estos modelos señalan que cuando los trabajadores establecen relaciones interpersonales ponen en marcha procesos de comparación social. A partir de esta comparación podrían producirse percepciones de falta de equidad o de ganancias, lo que llevaría a aumentar el riesgo de padecer burnout (Martínez, 2010).

a. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli.

Este modelo fue desarrollado para explicar cómo surge el síndrome de burnout en enfermeras; plantea dos tipos de etiología del burnout: Uno de ellos está referido a los procesos de intercambio social que se establecen con los pacientes y el otro poniendo énfasis en los procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997b).

En relación a los procesos de intercambio social con los pacientes, los profesionales de salud pueden identificar tres variables estresoras que podrían resultar relevantes para el surgimiento del síndrome de burnout: La incertidumbre, la percepción de equidad, y la falta de control. La

incertidumbre se encuentra referida a la falta de claridad sobre lo que uno siente y piensa con respecto a cómo actuar. La percepción de equidad se refiere al equilibrio percibido entre lo que los trabajadores dan y lo que reciben durante sus relaciones, y la falta de control se refiere a la posibilidad del trabajador de controlar los resultados de sus acciones laborales.

El trabajo desempeñado por profesionales de salud, específicamente en el caso de enfermería, genera con relativa frecuencia mucha incertidumbre ya que se dan situaciones en la que los profesionales dudan sobre la implicación con los pacientes, sobre cómo tratar los problemas de los mismos y pueden experimentar inseguridad sobre si hacen las cosas de manera adecuada. Las expectativas de obtener recompensas y equidad de estos profesionales también suelen verse frecuentemente frustradas, debido a que los pacientes a menudo se encuentran ansiosos y preocupados, y la interacción con ellos no resulta gratificante.

En lo que respecta a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, los profesionales de enfermería ante situaciones de estrés tienden a no buscar apoyo social, por el contrario, en estas situaciones tienden a evitar la presencia de compañeros y rechazan su apoyo por temor a ser criticados o considerados incompetentes.

b. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy.

Este modelo se basa en la idea de que cuando la motivación básica de un trabajador se encuentra amenazada esto genera estrés, lo que a su vez, puede conducir a la aparición del síndrome de burnout. Según esta propuesta, para evitar que el síndrome de burnout se produzca se deben aumentar los recursos disponibles de los trabajadores con lo que se consigue disminuir la vulnerabilidad, para este mismo fin se debe intentar modificar de manera positiva las percepciones y las cogniciones de los trabajadores, lo que llevaría a la disminución de los niveles de estrés percibido y, en consecuencia se prevendría la aparición del síndrome. Debido a lo señalado este modelo promueve el uso de estrategias de

afrontamiento de tipo activo para prevenir el desarrollo del síndrome de burnout (Martínez, 2010).

Hobfoll y Freedy (1993) señalan que el estrés surge cuando los trabajadores perciben que aquello que les motiva se encuentra amenazado o se ve frustrado. Los estresores laborales amenazarían los recursos de los trabajadores generando de esta manera inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional. Estos autores subrayan la importancia que tienen las relaciones con los demás (supervisores, compañeros y personas hacia las que se dirige el trabajo) y manifiestan que estas pueden constituir fuentes de estrés debido a la percepción de situaciones de pérdida o ganancia.

Según este modelo los trabajadores se esforzarían continuamente para protegerse de la pérdida de recursos, considerando que es más importante mantener al menos unos recursos mínimos que conseguir recursos extras. Debido a lo anterior la pérdida de recursos tendría un mayor peso para el desarrollo del síndrome de burnout en comparación con el esfuerzo para conseguir nuevos recursos. Sin embargo, la ganancia de recursos es también importante dado que disminuye la posibilidad de pérdida.

Según este modelo el tipo de estrategia de afrontamiento que utilicen los trabajadores para enfrentar el estrés laboral también jugaría un papel en la aparición del síndrome de burnout. El modelo propone que el empleo de estrategias de afrontamiento de carácter activo al conllevar a una ganancia de recursos disminuiría los sentimientos de burnout. Para prevenir la aparición de síndrome de burnout se tendría entonces que enfatizar en la consecución de recursos que permitan un desempeño eficaz en el trabajo y, en menor medida se tendría que cambiar las percepciones y cogniciones de los trabajadores. Si los trabajadores logran evitar la disminución o pérdida de recursos o aumentar los que ya poseen, esto llevaría a un cambio en sus percepciones y cogniciones de manera positiva y, consecuentemente, disminuirían los niveles de estrés percibido con lo que estarían más protegidos para que no se produzca el síndrome de

burnout.

- Modelos etiológicos elaborados desde el enfoque organizacional

a. Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter.

Este modelo conceptualiza el síndrome de burnout partiendo de la conceptualización que ofrece el Inventario de Burnout de Maslach. Golembiewski, Munzenrider y Carter señalan que la dimensión que describe mejor y predice la aparición del síndrome de burnout es la despersonalización, seguida de la falta de realización personal y, posteriormente haría su aparición el agotamiento emocional. Estos autores plantean que para comprender el síndrome de burnout hay que tener en cuenta las cogniciones que los trabajadores presentan ante los eventos aversivos que generan el síndrome (Lozano et. al., 2008).

El modelo propone que el síndrome de burnout es un proceso, en el que como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión, los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997b). El estrés laboral que devendría en la aparición del síndrome de burnout, se originaría fundamentalmente por situaciones de sobrecarga laboral, y por pobreza del rol (demasiada estimulación y escasa estimulación respectivamente). En ambos casos los trabajadores experimentarían una pérdida de control y autonomía lo que les generaría una disminución de su autoimagen, y daría lugar a sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso de estrés laboral se darían estrategias de afrontamiento, las que involucrarían necesariamente un distanciamiento de la situación laboral estresante. Este distanciamiento tendría un carácter constructivo cuando el profesional no se implica en el problema del usuario pero lo atiende sin eliminar la empatía o, por el contrario podría tener un carácter negativo cuando el distanciamiento conlleva a una indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato, o lleva a ignorar al usuario. Cuando se da esta segunda situación se habla de síndrome de burnout, pues el distanciamiento contraproduktivo vendría a

ser la dimensión conceptualizada como despersonalización (Gil-Monte y Peiró, 1997b).

Según este modelo al inicio del proceso el trabajador puede intentar resolver las situaciones de forma constructiva, sin embargo, ante la persistencia de las condiciones de sobrecarga o de pobreza de rol en el trabajo empieza a tratar a los demás como objetos, lo cual constituye la primera fase del episodio del síndrome de burnout, que es la actitud de despersonalización. Posteriormente el trabajador experimentará una sensación de baja realización personal en el trabajo y a más largo plazo hará su aparición el agotamiento emocional. Cuando el trabajador ha llegado a las fases avanzadas del síndrome, y como consecuencia de éste su implicación en el trabajo disminuye, así como su realización laboral y surgen sentimientos de insatisfacción, con la consiguiente pérdida de la productividad, llegado a este punto es más probable que el trabajador experimente más tensión psicológica y problemas psicosomáticos (Golembiewski, Hills y Daly, 1987).

b. Modelo de Winnubst.

El modelo de Winnubst (1993) pone énfasis en la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional. Este autor considera que el síndrome de burnout no sólo afecta a los trabajadores de organizaciones de servicios de ayuda, sino que puede afectar a todo tipo de profesionales.

El modelo se fundamenta en la definición de burnout propuesta por Pines y Aronson (1988), y propone que el síndrome se produce debido a las interrelaciones entre el estrés, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura organizacional. Según este modelo los diferentes tipos de estructuras darían lugar a culturas organizacionales diferentes, por ejemplo, una burocracia mecánica, caracterizada por la estandarización del trabajo y la formalización, reforzaría el perfeccionismo y la conformidad con las normas. Sin embargo, una burocracia profesionalizada, caracterizada por la estandarización de las habilidades y la baja formalización, reforzaría la creatividad y la autonomía.

Dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social los antecedentes del síndrome de burnout variarían. De esta forma en las burocracias mecánicas, el síndrome de burnout sería el resultado del agotamiento emocional diario que se produciría como consecuencia de la rutina y la falta de control derivada de la estructura; mientras que en las burocracias profesionalizadas, el síndrome de burnout sería el resultado de la relativa laxitud de esa estructura, lo que conllevaría a una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y originaría disfunciones en el rol y conflictos interpersonales.

Este modelo señala que los sistemas de apoyo social estarían íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. De esta manera en una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad jugarían un papel importante, por lo que la comunicación sería mayoritariamente vertical, y el apoyo social sería en su mayor parte de tipo instrumental. Sin embargo, en las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo y la dirección resultarían más importantes, y el flujo de la comunicación horizontal sería mayor que el de la comunicación vertical, siendo preponderante el apoyo social de tipo emocional e informal. Por tanto, el apoyo social en el trabajo afectaría de manera significativa la percepción que el trabajador tiene de la estructura organizacional.

Winnubst (1993) elabora su modelo sobre cuatro supuestos:

- Toda estructura organizacional posee un sistema de apoyo social que se ajusta óptimamente a ese tipo de estructura.
- Los sistemas de apoyo social aparecen en interdependencia con el clima laboral y pueden ser mantenidos y mejorados optimizando el clima.
- Existen criterios éticos que rigen la estructura organizacional, la cultura y el apoyo social, estos criterios se derivan de los valores sociales y culturales de la organización.
- Los criterios éticos permiten predecir en qué medida las organizaciones inducirán en sus miembros estrés y como resultado de ello el síndrome de burnout.

Dado que por medio del apoyo social es posible ejercer influencia sobre las diversas disfunciones que se derivan de cualquier tipo de estructura organizacional, en este modelo el apoyo social es considerado como central en cuanto a su influencia sobre el síndrome de burnout.

c. Modelo de Cox, Kuk y Leiter.

Este modelo enfoca el síndrome de burnout desde la perspectiva transaccional del estrés laboral que ocurre entre profesionales de los servicios humanos de manera específica. Cox, Kuk y Leiter destacan la importancia de la salud de la organización entendida como el ajuste entre la integración y la coherencia de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc.). La salud organizacional ha sido identificada como antecedente de los niveles de estrés percibidos y de la intensidad de la respuesta ante el estrés desarrollada por los trabajadores. Los autores de este modelo señalan que la realización personal en el trabajo tendría una acción moduladora en los efectos que los sentimientos de agotamiento emocional ejercen sobre las actitudes de despersonalización, y manifiestan que el síndrome de burnout puede ser entendido como una respuesta que surge ante al estrés laboral cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los trabajadores no resultan eficaces para manejar el estrés laboral y sus efectos (Martínez, 2010).

El modelo incluye como variables “sentirse gastado” (sentimientos de cansancio, confusión y debilidad emocional) y “sentirse presionado y tenso” (sentimientos de tensión, amenaza, y ansiedad), las que forman parte de la respuesta frente al estrés laboral y están relacionadas directamente con los procesos de evaluación de los estresores, con la respuesta emocional desarrollada por el trabajador, y con las respuestas de afrontamiento, así como con sus efectos sobre la situación y el trabajador (Gil-Monte y Peiró, 1997b).

Los autores de este modelo consideran que la dimensión central en el síndrome de burnout es la experiencia de agotamiento emocional y se

encuentra teórica y empíricamente relacionada con “sentirse gastado”, el agotamiento emocional sería una respuesta general que engloba variables tanto emocionales como de bienestar. La despersonalización vendría a ser, según este modelo, una estrategia de afrontamiento que se pone en marcha ante los sentimientos de agotamiento emocional, mientras que los sentimientos de baja realización personal en el trabajo serían el resultado de una evaluación cognitiva por parte del trabajador en relación a su experiencia de estrés, y tendrían que ver con el significado del trabajo o con la frustración de las expectativas profesionales.

- Modelo etiológico estructural

- a. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel

Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995) propusieron un modelo estructural para explicar el síndrome de burnout en cuanto a su origen, proceso y consecuencias. Según este modelo el síndrome de burnout puede entenderse como una respuesta frente al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que aparecería como consecuencia de un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento (activas o de evitación) empleadas por los profesionales no resultan eficaces para reducir el estrés laboral percibido. Esta respuesta representaría una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, etc.).

Según este modelo las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, viéndose las cogniciones a su vez modificadas por los efectos de las conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Debido a lo anterior el autoconcepto de los sujetos determinaría el esfuerzo y empeño de los sujetos para conseguir sus objetivos y también sus reacciones emocionales. Basados en estos planteamientos, Gil-Monte y cols. consideran que el síndrome de burnout posee una estructura tridimensional, sugiriendo que en primer lugar los profesionales experimentarían una falta de realización personal y el

incremento del agotamiento emocional, luego de ello surgiría como una estrategia la despersonalización. De esta manera el síndrome de burnout sería una respuesta que surgiría como efecto de una valoración secundaria a la ineficacia del afrontamiento al estrés laboral (Martínez, 2010).

2.2.6 Etapas del Síndrome de Burnout

Cherniss (1993) hizo una clasificación de las etapas del síndrome de burnout que es la que más se adapta a la definición del síndrome realizada por Maslach. Según Cherniss los trabajadores que padecen del síndrome pasan por tres etapas evolutivas:

En la primera etapa los trabajadores experimentan una situación de estrés psicosocial, el cual es consecuencia de un desbalance entre las demandas y los recursos que se posee, esto lleva a que la persona experimente un bajo grado de realización personal.

En la segunda etapa los trabajadores experimentan un estado de tensión psicofísica correspondiente a lo que Maslach denomina agotamiento emocional.

En la tercera etapa los trabajadores como consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, en el que se evitan las tareas estresantes, experimentan una serie de cambios conductuales, buscando el aislamiento personal, lo que los lleva a tratar a las personas de una manera mecánica, rutinaria y de forma distanciada, lo que corresponde a lo que Maslach denomina despersonalización.

Con respecto a estas etapas Cherniss (1993) señala que cuando los trabajadores experimentan falta de realización personal y posteriores síntomas de agotamiento emocional los que experimentarían con menor frecuencia el síndrome de burnout serían aquellos que perciben mayor autoeficacia.

2.2.7 Autoeficacia

El constructo de autoeficacia surge dentro de la Teoría Social-Cognitiva de Albert Bandura y es el resultado de sus trabajos de investigación y de las investigaciones que siguieron a su original trabajo. El enfoque social-cognitivo en psicología surge como consecuencia de las limitaciones del modelo de procesamiento de información dentro de la psicología cognitiva, puesto que éste último considera que los seres humanos se comportan como sistemas capaces de operar con la realidad procesando la información secuencialmente de manera semejante a una computadora, sin tomar en cuenta que el ser humano despliega conductas en secuencias no lineales a diferencia de las máquinas y que la información con la que opera está determinada socialmente (Mahoney, 1982).

La Teoría Social-Cognitiva de Bandura considera al ser humano como un ser autorregulado con capacidades retroactivas y proactivas, en esta teoría la dimensión cognitiva es considerada como una expresión de la actividad social del ser humano y trata de dar cuenta de cómo el ser humano se construye a sí mismo por medio de operaciones en las que los resultados corrigen la marcha del sistema actuando sobre los primeros mecanismos y regulando la actividad del conjunto, y por medio de sistemas de significado que prefiguran situaciones futuras (Mahoney, 1982).

En esta teoría propuesta por Bandura un concepto importante es el de autosistema, entendido como un conjunto de procesos por los que el ser humano regula su conducta mediante criterios internos y reacciones autoevaluadoras. El autosistema provee mecanismos de referencia y un conjunto de subfunciones que permiten al ser humano percibir, regular y evaluar su conducta, dándole capacidad autoregulatoria sobre sus pensamientos, sentimientos y acciones. La autoeficacia vendría a ser en esta teoría un tipo de pensamiento autoreferente que afecta el funcionamiento humano. Las creencias de autoeficacia actúan como mediadoras en el funcionamiento humano, desempeñando un papel de

filtro entre los logros anteriores y habilidades del ser humano y su conducta futura (Bandura, 1986).

Bandura define la autoeficacia como “...*Los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado*” (Bandura, 1986, p.391). Es importante resaltar que el concepto de autoeficacia no hace referencia a los recursos reales que un sujeto disponga, sino a la opinión que tenga sobre lo que puede hacer con ellos. La “autoeficacia percibida” que vendría a ser la denominación más precisa del constructo es un juicio emitido sobre la propia capacidad para alcanzar un cierto nivel de ejecución y según la teoría de Bandura, uno de los aspectos que más influyen en la vida diaria del hombre es esta opinión que él tenga de su eficacia personal.

La Teoría de la Autoeficacia de Bandura explica los orígenes de las creencias de eficacia personal, su estructura y función, los procesos mediante los que operan y los diversos efectos que producen, dentro de un marco conceptual unificado.

Los individuos con un alto sentido de autoeficacia según la teoría de Bandura afrontarán las tareas difíciles percibiéndolas como modificables, más que como amenazantes y aumentarán su funcionamiento socio-cognitivo en muchos aspectos, además se implicarán en actividades con un alto interés y compromiso invirtiendo un gran esfuerzo en lo que hacen y aumentando su esfuerzo ante las dificultades y contratiempos. Una alta autoeficacia percibida llevará al logro de metas, al mismo tiempo que reducirá el estrés (Bandura, 1997).

La autoeficacia se encuentra relacionada con el ejercicio de control sobre la acción y con la autorregulación de procesos cognitivos motivacionales y afectivos, así como con la regulación de estados fisiológicos en el individuo. En este sentido, un bajo nivel de autoeficacia generará dependencia a través de los otros, lo cual eventualmente termina

reduciendo las oportunidades de perfilar las habilidades personales necesarias para una acción eficaz (Alcalde, 1998).

La teoría de Bandura sobre la autoeficacia aplicada a distintas áreas relacionadas con la salud (Bandura, 1999a) ha encontrado que ésta influye en dos niveles; en un primer nivel, la confianza en manejar estresores activa los sistemas biológicos que median en la salud y la enfermedad, en un segundo nivel se encuentra relacionada con variables modificables implicadas en la salud (Bandura, 1992, 1999b). Lazarus y Folkman (1987) han señalado la relación entre la autoeficacia y el manejo del estrés, mientras que Wiedenfeld, U'Leary, Bandura, Brown, Levine, y Raska (1990), la han vinculado con el funcionamiento del sistema inmunológico, Litt (1988) con el manejo del dolor y Bandura (1988) con las variaciones en la presión y ritmo sanguíneo.

Gil-Monte (1994) encontró que la autoeficacia y la autoconfianza, se relacionaban con la dimensión de realización personal del síndrome de burnout de manera que a mayor autoeficacia mayor percepción de realización personal en el trabajo, así mismo se relacionaba de manera negativa con el agotamiento emocional y la despersonalización. En la misma línea Pierce y Molloy (1990) encontraron que la autoconfianza discriminaba de manera significativa entre personas con alto y bajo nivel de burnout, según el índice global del Inventario de Burnout de Maslach.

- Fuentes de autoeficacia

El desarrollo de las creencias de las personas en relación a su eficacia puede darse a través de cuatro formas fundamentales de influencia.

En primer lugar las experiencias de dominio, las cuales aportan las pruebas en relación a lo que un sujeto puede obtener o lo que necesita para lograr el éxito. El éxito permite desarrollar una fuerte creencia sobre la eficacia personal, mientras que los fracasos debilitan esta creencia, principalmente si se producen antes de haberse establecido sólidamente un sentido de eficacia (Bandura, 1999a).

La segunda forma de influencia para crear y fortalecer las creencias de eficacia son las experiencias vicarias presentadas por los modelos sociales, la cual guarda relación con la similitud percibida con los modelos. Las creencias de autoeficacia del observador aumentan al observar a personas similares que logran el éxito tras esfuerzos constantes para dominar las mismas actividades. Así mismo, observar el fracaso de otros, reduce la creencia del observador sobre su propia autoeficacia y reduce su motivación.

La tercera forma de influencia que fortalece las creencias de las personas en relación a su capacidad para alcanzar el éxito es la persuasión social, la cual conduce a que las personas se esfuercen lo necesario para lograr el éxito. Las personas a quienes se persuade verbalmente sobre sus capacidades para realizar una actividad exitosamente suelen esforzarse más y sostener el esfuerzo durante más tiempo que cuando dudan de sus propias capacidades.

La cuarta forma de influencia sobre las creencias de autoeficacia es la referida al estado físico y emocional, ya que ambos estados afectan los juicios que las personas realizan sobre su eficacia personal. Un estado emocional positivo aumenta la percepción de autoeficacia, mientras que un estado de ánimo negativo la reduce (Bandura, 1999a).

- Procesos activados por la autoeficacia

Las creencias de autoeficacia activan cuatro procesos fundamentales que actúan de forma conjunta en la regulación continua del funcionamiento humano: Cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos (Bandura, 1999a).

Los efectos de las creencias de autoeficacia sobre los procesos cognitivos se manifiestan de diversa manera. Los cursos de acción se organizan primero en el pensamiento, lo cual capacita a las personas para predecir sucesos y desarrollar formas de controlar las situaciones que influyen sobre sus vidas, esta capacidad requiere de un efectivo

procesamiento cognitivo de la información, recurriendo a conocimientos previos para recordar qué factores han probado y cómo han funcionado. Por lo tanto, las creencias de autoeficacia de las personas modelan los tipos de escenarios anticipadores en los que actuarán. Las personas con altas creencias de autoeficacia visualizan escenarios de éxito que aportan pautas y apoyos positivos para su actuación, por el contrario, las que dudan de su autoeficacia visualizan escenarios de fracaso y especulan sobre todas las cosas que podrían salir mal (Bandura, 1999a).

Con respecto a la motivación, las creencias de autoeficacia también desempeñan un rol importante en la auto-regulación. Las personas dirigen sus acciones anticipadamente y se motivan a sí mismas mediante el ejercicio del pensamiento anticipador elaborando creencias sobre lo que son capaces de hacer, estableciendo objetivos para sí mismas y planificando cursos de acción destinados a hacer realidad lo que predicen, así como movilizar los recursos a voluntad y el nivel de esfuerzo necesario para alcanzar el éxito. Las creencias de autoeficacia influyen sobre la motivación por medio de las atribuciones causales, las expectativas de resultados y las metas cognitivas. Las personas con creencias de autoeficacia atribuyen sus fracasos al esfuerzo insuficiente o a las situaciones adversas, por el contrario, aquellas que se consideran ineficaces tienden a atribuir sus fracasos a una escasa habilidad. Las atribuciones causales además de influir sobre la motivación, influyen sobre las reacciones afectivas fundamentalmente a través de las creencias de autoeficacia. Las creencias de autoeficacia también influyen sobre las expectativas de resultados, la motivación está regulada por la expectativa de que un determinado curso de acción producirá ciertos resultados y el valor concedido a dichos resultados. Las personas actúan en base a sus creencias sobre los posibles resultados de la ejecución y sobre lo que creen que pueden hacer (Bandura, 1999a).

Las metas cognitivas también proporcionan un importante mecanismo cognitivo de motivación activado por las creencias de autoeficacia. Estas metas cognitivas influyen mediante los desafíos que persiguen un fin y

mediante la acción evaluadora de la propia ejecución, lo cual implica un proceso de comparación cognitiva de la ejecución percibida con un estándar personal adoptado en función a las creencias de autoeficacia. Las personas guían su conducta y crean incentivos para persistir en sus esfuerzos hasta que alcancen sus metas, buscando la auto satisfacción logrando metas valiosas y se sienten impulsadas a intensificar sus esfuerzos ante las insatisfacciones producidas por las ejecuciones inferiores al estándar (Bandura, 1999a).

Las creencias de autoeficacia también influyen sobre los procesos afectivos. Las personas que creen que no pueden manejar una situación determinada verán muchos aspectos de su entorno como amenazas y su nivel de estrés aumentará, perjudicando su nivel de funcionamiento para obtener un logro, por el contrario, las personas que creen poder controlar las posibles amenazas son capaces de transformar cognitivamente las situaciones amenazantes considerándolas como desafíos, por lo que incrementarán su nivel de motivación y experimentarán menor distrés.

También las creencias de autoeficacia influyen en la selección de entornos conocidos que la persona considera que es capaz de manejar y le lleva a evitar entornos que considera que exceden a sus capacidades de manejo. Por lo que las personas que no presentan creencias de autoeficacia evitan las tareas difíciles, ya que las considerarán como amenazas personales, sus aspiraciones son bajas y en vez de centrarse en el modo de ejecutar de manera adecuada una actividad se centran en sus deficiencias personales y los obstáculos para lograr sus metas. Por el contrario, una persona con creencias de autoeficacia potenciará sus logros y bienestar personal de distintas maneras, sentirá seguridad en sus capacidades enfocando las tareas difíciles como retos y no como amenazas a ser evitadas, manteniendo un fuerte compromiso, aumentando y sosteniendo sus esfuerzos ante las dificultades (Bandura, 1999a).

2.2.8 Neuroticismo

El primer teórico en hablar sobre la dimensión de personalidad denominada neuroticismo fue Hans Eysenck, quién consideró que la actividad del cerebro visceral que se encuentra compuesto por estructuras como el septum medial, el hipocampo, la amígdala, el cíngulo y el hipotálamo, es la responsable de esta dimensión (Eysenck, 1990; citado en Schmidt, y cols., 2010).

El neuroticismo es una dimensión relacionada con la disposición a padecer lo que se solía denominar como trastornos neuróticos, tanto trastornos de ansiedad como del estado de ánimo. Un individuo con alto neuroticismo se caracteriza por ser ansioso, deprimido, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo, con baja autoestima y experimenta sentimientos de culpa (Eysenck, 1990; citado en Schmidt, y cols., 2010).

Esta dimensión de personalidad se encuentra ligada a la excitabilidad del sistema nervioso autónomo (drive o arousal automático), el cual moviliza trastornos cardiovasculares, taquicardias, incremento de la presión sanguínea, vasoconstricciones y vaso dilataciones, trastornos respiratorios, secreciones gástricas, hipermotilidad intestinal, sudoración, etc.

Un alto nivel de neuroticismo implica intolerancia tanto al estrés físico como psicológico, así como un alto nivel de excitabilidad. Las personas que presentan alto neuroticismo poseen un sistema nervioso autónomo lábil, muy reactivo ante las situaciones ambientales de frustración y tensión, generalmente son personas tensas, ansiosas, inseguras y tímidas, presentando bloqueos de conducta, irrupciones emocionales desproporcionadas, respuestas inadecuadas o, con tendencia a experimentar trastornos de tipo psicósomático (Rojas, 1986).

2.2.9 Locus de control

El concepto de locus de control fue desarrollado por Rotter y Muryl en 1965, como un rasgo de personalidad, partiendo de la Teoría del Aprendizaje Social, en la que se considera que la conducta en una situación dada es función de la expectativa y del valor del reforzamiento de esta situación. En esta teoría la expectativa es entendida como la probabilidad asignada por el sujeto de que un reforzamiento se produzca en función de una conducta específica en un momento determinado. El tipo de expectativa generalizada que se ha estudiado más ampliamente es el grado en el que las personas perciben que los refuerzos recibidos son desencadenados por sus propias acciones, o por el contrario, que estos refuerzos son el resultado de agentes distintos a ellas (Morales y cols. 1994).

Rotter conceptualiza el locus de control como un continuo unidimensional cuyos polos son interno y externo, los que aluden a la percepción de los sujetos sobre los resultados de sus acciones en el medio físico y social (Johansson y cols., 2000).

A pesar de que Rotter postuló el locus de control como un rasgo unidimensional, posteriormente, varios autores como Levenson han criticado esta visión, postulando la idea de que el polo externo no constituye un único factor, sino que está compuesto por dos factores que serían “el azar” y “otros poderosos”. Levenson (1974) encontró que los sujetos que creen que el mundo es azaroso y desordenado se comportan de una manera diferente a los sujetos que consideran que el mundo tiene un cierto orden, pero que otros poderosos son quienes tienen el control. Partiendo de esta idea Levenson construye una escala alternativa a la de Rotter, quien había elaborado una Escala de Internalidad-Externalidad para evaluar el locus de control (Engler, 1996).

McCombs (1991) señala que subyacente al locus de control interno subyace el concepto de “si mismo como agente”, lo cual significa que son

los pensamientos de cada sujeto los que controlan sus acciones, esta función ejecutiva del pensamiento al realizarse afectaría positivamente las creencias, la motivación y el desempeño. De esta manera si el sujeto percibe que el refuerzo es contingente a su conducta debido a sus características internas se dice que tiene un locus de control interno, mientras que cuando el sujeto percibe que el refuerzo es una consecuencia no contingente con su conducta y cree que los acontecimientos están determinados por fuerzas externas o por la suerte se dirá que tiene un locus de control externo.

Los trabajadores con locus de control externo son más propensos a manifestar insatisfacción en el puesto de trabajo, agotamiento psíquico, y estrés, así como menores niveles de autoestima; mientras que los trabajadores con locus de control interno suelen presentar comportamientos reactivos más eficaces centrados en los problemas (Kasl, 1989).

Según Capel (1987) los profesionales con locus de control externo son más propensos a sufrir de síndrome de burnout, lo que se manifestaría especialmente en la sub escala de realización personal del Inventario de Burnout de Maslach.

2.3 Definición de términos básicos

2.3.1 Síndrome de burnout

Se describe como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que se caracteriza por presentar: Sensaciones de sobreesfuerzo, actitudes de insensibilidad y sentimientos de incompetencia profesional.

2.3.2 Autoeficacia

La autoeficacia hace referencia a las creencias de la persona con respecto a sus capacidades para aprender o rendir efectivamente en determinada tarea, situación o actividad. Es un grupo de creencias

entrelazadas en distintos dominios de funcionamiento, referidas a la autorregulación del proceso de pensamiento, la motivación y los aspectos afectivos y fisiológicos.

2.3.3 Neuroticismo

El neuroticismo es la dimensión de personalidad que se refiere a la predisposición de las personas a experimentar emociones desagradables y a la vulnerabilidad al estrés. Las personas con alto neuroticismo tienden a sufrir con más frecuencia desarreglos somáticos difusos poco graves y suelen tener además tendencia a las preocupaciones, angustias y otros sentimientos desagradables, estando predispuestas a contraer afecciones neuróticas bajo el efecto del estrés.

2.3.4 Locus de control

El concepto de locus de control hace referencia al grado con el que una persona cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella. Puede decirse que constituye una creencia relacionada con la previsibilidad y estructuración del mundo. Cuando una persona considera que ejerce influencias importantes sobre el curso de su propia vida, se dice que posee un locus de control interno.

2.4 Sistema de Hipótesis

Hipótesis general (H_g)

- H_g : “El Modelo Teórico Socio-Cognitivo del Burnout posee validez empírica, ajustándose a los datos obtenidos en el Inventario de Burnout de Maslach en un grupo de profesionales de la salud”.

Hipótesis específicas:

H_1 : “La variable autoeficacia covaría de manera estadísticamente significativa con el síndrome de burnout en un grupo de profesionales de la salud”.

H_2 : “La variable neuroticismo covaría de manera estadísticamente significativa con el síndrome de burnout en un grupo de profesionales de la salud”.

H₃: “La dimensión azar de la variable locus de control covaría de manera estadísticamente significativa con el síndrome de burnout en un grupo de profesionales de la salud”.

H₄: “La dimensión otros poderosos de la variable locus de control covaría de manera estadísticamente significativa con el síndrome de burnout en un grupo de profesionales de la salud”.

H₅: “La dimensión internalidad de la variable locus de control covaría de manera estadísticamente significativa con el síndrome de burnout en un grupo de profesionales de la salud”.

CAPÍTULO III

MÉTODO

3.1 Nivel y tipo de investigación

La presente investigación es de nivel explicativo (Hernández, Fernández y Baptista, 2003), debido a que busca identificar la relación existente entre las variables seleccionadas como factores del Modelo Socio-Cognitivo de Burnout y su capacidad para explicar las puntuaciones del síndrome de burnout medidas por medio del Inventario de Burnout de Maslach.

El carácter explicativo es dado debido a que el objetivo fundamental no sólo es determinar la relación que existe entre las variables del modelo, sino también encontrar una explicación de cuales variables son las que realmente permiten hacer una predicción de los valores del síndrome de burnout.

Este estudio forma parte de los denominados estudios de comprobación de hipótesis causales, siendo el tipo de investigación la denominada sustantiva-

explicativa, teniendo en cuenta la clasificación presentada por Selltiz, Jahoda, Deutsch y Cook en 1965 (Sánchez y Reyes, 2009).

Es sustantiva debido a que pretende responder a un problema teórico sobre el ajuste de un modelo y se orienta a describir y explicar, lo cual la encamina hacia la investigación básica o pura (Sánchez y Reyes, 2009). Debido a que se presenta un marco hipotético expresado en un modelo causal, la caracterización se aproxima a la explicación.

3.2 Diseño de investigación

El diseño de investigación es correlacional múltiple con un enfoque transversal (Alarcón, 2008), ya que se hace uso de la solución de correlaciones múltiples simultáneas. Se contrasta empíricamente un modelo en función a las variables autoeficacia, neuroticismo y locus de control como variables explicativas del síndrome de burnout (Figura 1). A fin de cumplir con este propósito, el diseño se basa en el uso de modelos de ecuaciones estructurales, modelizado utilizando el programa informático AMOS (Arbuckle y Wothke, 1999).

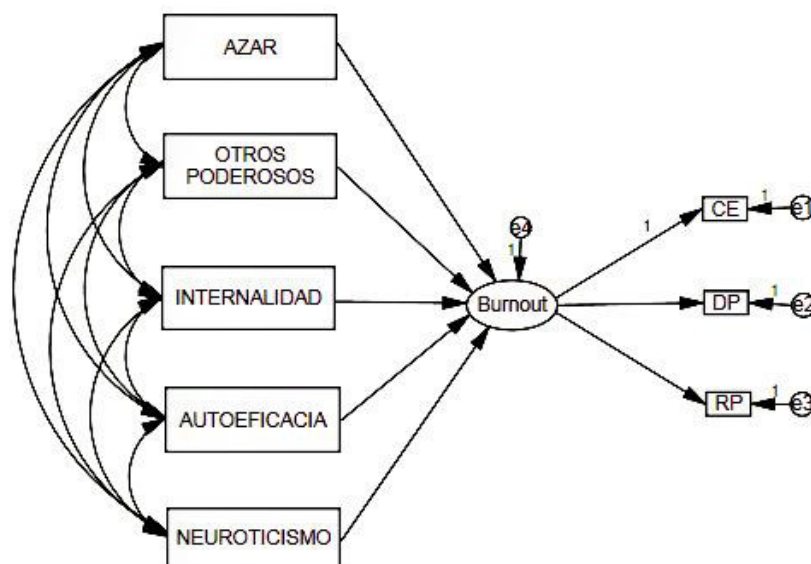


Figura 1. Representación del modelo de la investigación

3.3 Participantes

Los participantes de la presente investigación fueron profesionales de la salud pertenecientes a cinco instituciones particulares prestadoras de servicios de salud de la ciudad de Lima, siendo 59 de ellos psicólogos(as), 132 médicos(as), 21 odontólogos(as), y 103 enfermeros(as) (Tabla 1). El promedio de edades fue de 40.36 años con una desviación estándar de 10.32, siendo el rango de edades de 22 a 65 años (Tabla 2). El promedio de años ejerciendo la profesión fue de 19.30 años con una desviación estándar de 10.72 (Tabla 3). La cantidad de horas en promedio que dedican a la actividad laboral fue de 6.65 con una desviación estándar de 4.30 (Tabla 4). Del total de participantes 166 señalaron ser contratados, 85 nombrados, 27 independientes, 17 contratados y nombrados, 20 nombrados e independientes (Tabla 5).

Tabla 1.

Distribución de los participantes en función al sexo y a la profesión.

Ocupación	Hombres	Mujeres	Total
Psicólogos(as)	29	30	59
Médicos(as)	97	35	132
Odontólogos(as)	00	21	21
Enfermeros(as)	14	89	103
Total	140	175	315

En la Tabla 2 puede observarse que el promedio de edad de los participantes es de 40.36, con una desviación estándar de 10.323, siendo la edad mínima de 22 años y la edad máxima de 65 años. En el caso de los psicólogos(as) la edad mínima fue de 24 años y la máxima de 52 años con un promedio de 37.32 años (d.s.=7.986). Para los médicos(as) la edad promedio fue de 45.38 años (d.s.=10.848) con una edad mínima de 28 años y una edad máxima de 65 años. En el caso de los odontólogos(as) la edad mínima fue de 23 años y la edad máxima fue de 57 años con un promedio de 41.90 años (d.s.=10.995). Con respecto a los enfermeros(as) la edad promedio fue de 35.34 años (d.s.=7.286) con una edad mínima de 22 años y una edad máxima de 51 años.

Tabla 2.

Promedios y rangos de edades de los participantes.

	Mínima	Máxima	Promedio	Desviación estándar
	22	65	40.36	10.323
Psicólogos(as)	24	52	37.32	7.986
Médicos(as)	28	65	45.38	10.848
Odontólogos(as)	23	57	41.90	10.995
Enfermeros(as)	22	51	35.34	7.286

En la Tabla 3 se observa que en lo referente a la cantidad de años que los participantes llevan ejerciendo su labor el promedio es de 19.30 años (d.s.=10.720), siendo el tiempo mínimo de ejercicio profesional de un año y el máximo de 35 años. En el caso de los psicólogos(as) tienen en promedio 15.22 años de ejercicio profesional (d.s.=4.240), con un mínimo de dos años ejerciendo su labor profesional y un máximo de 21 años ejerciendo sus labores. Con respecto a los médicos(as) se observa que el tiempo mínimo ejerciendo su labor ha sido de un año y el tiempo máximo ha sido de 35 años, con un promedio de 19.40 años (d.s.=8.819). En el caso de los odontólogos el tiempo promedio de años ejerciendo su labor ha sido de 9.33 (d.s.=5.834), siendo el tiempo mínimo de 2 años y el tiempo máximo de 14 años.

Tabla 3.

Promedios y rangos de años que los participantes ejercen la profesión.

	Mínima	Máxima	Promedio	Desviación estándar
	1	35	19.30	10.720
Psicólogos(as)	2	21	15.22	4.240
Médicos(as)	1	35	19.40	8.819
Odontólogos(as)	2	14	9.33	5.834
Enfermeros(as)	1	30	18.62	6.650

En la Tabla 4 se puede observar que el tiempo promedio de horas que los participantes dedican a su actividad laboral es de 6.65 (d.s.=4.30), siendo el tiempo mínimo de 3 horas y el tiempo máximo de 12 horas. En el caso de los

psicólogos(as), el tiempo promedio que le dedican a su actividad laboral es de 5.15 horas (d.s.=4.25), con un mínimo de 3 horas y un máximo de 12 horas de trabajo. Los médicos(as) realizan un promedio de 6.51 horas de trabajo al día (d.s.=4.24), con un mínimo de 4 horas de trabajo y un máximo de 12 horas de trabajo. En el caso de los odontólogos(as) el tiempo mínimo que dedican a su labor asistencial es de 4 horas y el máximo es de 11 horas, con un promedio de 6.67 horas (d.s.=4.44). Con respecto a los enfermeros(as) el tiempo promedio que dedican a sus labores es de 8.09 horas (d.s.=4.36), con mínimo de 5 horas de trabajo y un máximo de 12 horas.

Tabla 4.

Promedios y rangos de horas que los participantes dedican a la actividad laboral.

	Mínima	Máxima	Promedio	Desviación estándar
	3	12	6.65	4.30
Psicólogos(as)	3	12	5.15	4.25
Médicos(as)	4	12	6.51	4.24
Odontólogos(as)	4	11	6.67	4.44
Enfermeros(as)	5	12	8.09	4.36

En la Tabla 5 puede observarse en relación a la condición laboral de los participantes que 166 de ellos son contratados, 85 son nombrados, 27 son independientes, 17 trabajan como contratados y como nombrados, y 20 trabajan como nombrados e independientes. Con respecto a los psicólogos(as) 42 son contratados, 7 nombrados, 9 independientes, ninguno es contratado y nombrado y uno trabaja como nombrado e independiente. En relación a los médicos(as) 49 de ellos son contratados, 43 son nombrados, 4 trabajan de forma independiente, 17 son contratados y nombrados, y 19 trabajan como nombrados e independientes. En el caso de los odontólogos(as) 7 son contratados, ninguno es nombrado, 14 son independientes, ninguno es contratado y nombrado y tampoco ninguno trabaja como nombrado e independiente. Con respecto a los enfermeros(as) 68 son contratados, 35 son nombrados, ninguno trabaja de manera independiente, ni como contratado y nombrado, y tampoco ninguno trabaja como nombrado e independiente.

Tabla 5.

Condición laboral según profesiones.

	Contratado	Nombrado	Independientes	Contratado + Nombrado	Nombrado + Independiente	TOTAL
Psicólogo(as)	42	7	9	0	1	59
Médico(as)	49	43	4	17	19	132
Odontólogo(as)	7	0	14	0	0	21
Enfermero(as)	68	35	0	0	0	103
Total	166	85	27	17	20	315

3.3.1 Muestreo

La muestra de 315 profesionales fue obtenida por un método de muestreo de tipo no probabilístico, que corresponde a lo que Elorza (2000) denomina muestreo determinístico, correspondiente al tipo de muestreo por conveniencia, ya que se procedió a establecer contacto con unidades de muestreo apropiadas.

3.4 Variables de estudio

- a. Síndrome de Burnout: Evaluado con los puntajes del Inventario de Burnout de Maslach, posee las siguientes dimensiones:
 - Agotamiento Emocional. Evaluado a través de las puntuaciones obtenidas en la dimensión agotamiento emocional del Inventario de Burnout de Maslach.
 - Despersonalización. Evaluada a través de las puntuaciones obtenidas en la dimensión despersonalización del Inventario de Burnout de Maslach.
 - Realización personal. Evaluada a través de las puntuaciones obtenidas en la dimensión realización personal del Inventario de Burnout de Maslach.

- b. Autoeficacia. Evaluada con los puntajes obtenidos en la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer.
- c. Neuroticismo: Evaluado con los puntajes obtenidos en el Inventario de Personalidad NEO-FFI.
- d. Locus de control. Evaluado a través de las puntuaciones obtenidas en el Inventario de Locus de Control de Levenson.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Inventario de Burnout de Maslach (MBI).

a. Ficha técnica.

Nombre del inventario	: Inventario de Burnout de Maslach.
Autores	: Maslach, C. y Jackson, S. 1981.
Adaptación	: N. Seisdedos (Departamento I+D de TEA Ediciones, España), en el año 1997.
Procedencia	: Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, California. USA.
Aplicación	: Individual o colectiva. Adultos.
Tipo de prueba	: De lápiz y papel, de desempeño típico con escala Likert de 7 puntos.
Tiempo	: Variable, con una estimación general de 10 a 15 minutos.
Finalidad	: Evaluación del síndrome de burnout y sus dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.
Tipificación	: Baremos en puntuaciones centiles y típicas, en cada sexo y en el total de una muestra de población asistencial.

b. Descripción del inventario.

Este inventario está conformado por tres factores obtenidos por medio del análisis factorial, los cuales constituyeron las tres dimensiones del síndrome de burnout por su alta contribución a la explicación de la varianza. El instrumento consta de veintidos ítemes. La primera edición del Inventario de Burnout de Maslach presentaba dos tipos de escalas

alternativas, una que evaluaba el síndrome en términos de frecuencia y la otra en términos de la intensidad del síndrome. De estas dos escalas la de frecuencias es la que presentó mejores correlación con las variables pertinentes en la mayoría de las investigaciones. Es por esto que los autores del inventario han propuesto la utilización de sólo la escala de frecuencias en la segunda edición. De esta forma se desarrolló la versión final del Inventario de Burnout de Maslach, el cual fue el primer instrumento científicamente validado sobre el tema (Maslach y Jackson, 1981).

Los ítemes contenidos en el inventario permiten la determinación de los síntomas o dimensiones del síndrome, según la frecuencia con la que estos se presentan en el contexto del trabajo. Las dimensiones que evalúa el instrumento no fueron derivadas teóricamente, sino que se obtuvieron a través de una conceptualización inductiva como resultado de un análisis exploratorio a partir de una serie de experiencias asociadas con el fenómeno del síndrome de burnout (Gil-Monte y Peiró, 1999).

c. Propiedades psicométricas.

El Inventario de Burnout de Maslach posee coeficientes alfa de Cronbach que van de .75 a .90, y presenta adecuada validez factorial, según los estudios realizados por los autores del instrumento (Maslach y Jackson, 1981). En los estudios realizados en el Perú los valores alfa de Cronbach oscilan entre .78 y .74 (Llaja, Sarriá y García, 2007).

La consistencia interna del inventario evaluada para la población de éste estudio por medio del coeficiente alfa de Cronbach arrojó valores entre .741 y 0.849, mientras que el análisis factorial exploratorio mostró una adecuada estructura factorial, obteniéndose 3 factores que explicaron el 64,737% de la varianza total, reproduciéndose la estructura factorial original del instrumento.

d. Normas de aplicación.

El Inventario de Burnout de Maslach puede ser administrado individual

o colectivamente. No tiene tiempo límite para ser contestado, siendo el tiempo requerido para ser completado entre 10 y 15 minutos.

e. Instrucciones.

Las instrucciones se encuentran impresas en el cuadernillo de preguntas de forma estandarizada señalando: “Conteste a las frases indicando la frecuencia con que Ud. ha experimentado ese sentimiento.”

f. Normas de calificación.

El Inventario de Burnout de Maslach permite identificar la presencia de síndrome de burnout cuando las puntuaciones obtenidas en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización son altas y la de realización personal es baja, siendo los puntos de corte los siguiente:

Agotamiento emocional ≥ 28

Despersonalización ≥ 12

Realización personal ≤ 35

3.5.2 Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer

a. Ficha técnica.

Nombre de la escala	: Escala de auto-eficacia generalizada (adaptación española).
Autores	: Baessler, J. y Schwarzer, R. 1996.
Adaptación	: Brenlla, M., Aranguren, M., Rossaro, M., y Vásquez, N. 2010. Pontificia Universidad Católica Argentina
Aplicación	: Individual o colectiva. Adultos.
Tipo de prueba	: De lápiz y papel, de desempeño típico con escala Likert de 4 puntos.
Tiempo	: Variable, con una estimación general de 5 minutos.
Finalidad	: Evaluación de la auto-eficacia percibida.
Tipificación	: Baremos en puntuaciones centiles y típicas, para la población general.

b. Descripción del inventario.

La Escala consta de 10 ítemes con escalas tipo Likert de 4 opciones, se

trata de un instrumento concebido para evaluar las creencias estables de competencia que tiene un sujeto con respecto al manejo adecuado de una amplia gama de estresores de la vida cotidiana. Los autores de la escala consideran que la autoeficacia general difiere de otras medidas de optimismo vital en que se refiere específicamente al impacto de las propias acciones sobre los resultados obtenidos, tal y como se deriva de la Teoría Cognitiva Social del comportamiento (Baessler y Schwarzer, 1996).

La escala fue desarrollada originalmente en alemán y ha sido adaptada a más de una docena de idiomas, contándose con un cúmulo notable de evidencias sobre su fiabilidad y validez en distintos contextos culturales lo que ha favorecido su uso extensivo (Scholz, Gutiérrez-Doña, Sud y Schwarzer, 2002).

c. Propiedades psicométricas.

Los análisis de las características psicométricas de la Escala de Autoeficacia General en español, han demostrado empíricamente su confiabilidad y validez convergente y discriminante. Estos análisis han mostrado la unidimensionalidad y homogeneidad de las versiones en español, chino y alemán a través del análisis de la correlación ítem-ítem total y el análisis factorial por medio del método de componentes principales (Scholz y cols., 2002). La versión adaptada al castellano por Brenlla, Aranguren, Rossaro, y Vásquez (2010) presenta una consistencia interna evaluada por el coeficiente alfa de Cronbach de ,76.

Para la población de la presente investigación el análisis factorial exploratorio por medio del método de componentes principales con rotación varimax obtuvo un único factor que explico el 57,325% de la varianza total y la confiabilidad de la escala evaluada por medio del coeficiente alfa de Cronbach fue de 0,85.

d. Normas de aplicación.

La aplicación de la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer no tiene tiempo límite para ser contestada, siendo el tiempo

requerido para ser completada alrededor de unos dos minutos y puede ser administrada de forma individual o colectiva.

e. Instrucciones.

Las instrucciones se presentan de forma impresa en el cuadernillo de preguntas de forma estandarizada señalando: “A continuación encontrará una lista de afirmaciones. Por favor indique para cada caso, en qué medida está o no de acuerdo con la frase. Existen cuatro respuestas posibles: 1. Completamente en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. De acuerdo, 4. Completamente de acuerdo.”.

f. Normas de calificación.

La Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer es un instrumento unidimensional, por lo que la puntuación obtenida corresponde a la sumatoria de los puntajes de los 10 ítems que constituyen la prueba, encontrándose la puntuación obtenida en una escala de medición cuantitativa de intervalo.

3.5.3 Inventario de Personalidad NEO FFI

a. Ficha técnica.

Nombre del Inventario	: Inventario de Personalidad NEO revisado, versión reducida (NEO-FFI).
Autores	: Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1992).
Adaptación	: TEA Ediciones.
Procedencia	: Psychological Assessment Resource. Inc.
Aplicación	: Individual o colectiva. Adultos.
Tipo de prueba	: De lápiz y papel, de desempeño típico con escala Likert de 5 puntos.
Tiempo	: Variable, con una estimación general de 15 minutos.
Finalidad	: Evaluación de los cinco factores de personalidad.
Tipificación	: Baremos en puntuaciones centiles y típicas, para la población general.

b. Descripción del inventario.

El NEO FFI consta de 60 ítems y ofrece una medida rápida y general

de los cinco factores de personalidad (Costa y McCrae, 2002). Sus elementos se distribuyen en cinco escalas de 12 elementos que miden cada uno de los factores: Neuroticismo, extroversión, apertura a la experiencia, agradabilidad y concientividad. Los participantes responden a través de cinco opciones: Totalmente en desacuerdo (a), en desacuerdo (b), neutral (c), de acuerdo (d) y totalmente de acuerdo (e).

c. Propiedades psicométricas.

En el Perú, el estudio psicométrico de la prueba fue realizado por Martínez y Cassaretto (2011), quienes trabajaron con una muestra de 517 estudiantes universitarios, encontrándose una adecuada estructura factorial e índices de confiabilidad elevados. Los cinco factores explicaron una varianza total de 38.29%, con coeficientes de confiabilidad superiores a ,70.

El análisis factorial exploratorio realizado para determinar la validez factorial del instrumento en la población del presente estudio arrojó 5 factores que explicaron el 70,749% de la varianza total, con lo que se reproduzco la estructura factorial del instrumento. La consistencia interna para el factor de neuroticismo, evaluada por medio del coeficiente alfa de Cronbach arrojó un valor de ,82.

d. Normas de aplicación.

El NEO FFI puede ser administrado individual o colectivamente, y es aplicable a adolescentes y adultos. No hay tiempo límite para contestar al inventario, siendo el tiempo requerido para ser completado entre 10 a 15 minutos (Costa y McCrae, 2002).

e. Instrucciones.

Las instrucciones se presentan de forma estandarizada y se encuentran impresas en el cuadernillo de preguntas, señalando: “Este cuestionario contiene 60 afirmaciones. Por favor lea cada una cuidadosamente y haga una “X” en el recuadro asignado según la respuesta que corresponde mejor

con sus coincidencias y desacuerdos.”.

f. Normas de calificación.

Las puntuaciones en la escala de neuroticismo del NEO FFI se obtienen por medio de la sumatoria de las puntuaciones de los ítems que componen la escala, la cual se encuentra conformada por los ítems:

N1, N2, N16, N21, N26, N31, N36, N41, N46, N51, N56

Encontrándose la puntuación obtenida en una escala de medición cuantitativa de intervalo.

3.5.4 Escala Multidimensional de Locus de Control de Levenson.

a. Ficha técnica.

Nombre de la escala	: Escala Multidimensional de Locus de Control de Levenson
Autor	: Levenson, Hanna, 1973.
Adaptación	: Romero, O., 1983.
Aplicación	: Individual o colectiva. Adolescentes y Adultos.
Tipo de prueba	: De lápiz y papel, de desempeño típico con escala Likert de 6 puntos.
Tiempo	: Variable, con una estimación general de 15 minutos.
Finalidad	: Evaluación multidimensional del locus control.
Tipificación	: Baremos en puntuaciones centiles y típicas, para la población general.

b. Descripción del inventario.

Mide las expectativas generalizadas de locus de control. Se trata de una escala generalizada y multidimensional de locus de control.

El análisis teórico del constructo locus de control llevó a Levenson (1974) a postular que éste estaba constituido por tres dimensiones: 1) Una dimensión personal de internalidad (si mismo) referida a la convicción del sujeto de controlar su vida; 2) Una dimensión social, representada por los

otros como fuente de control (otros poderosos), que poseen ascendencia sobre el sujeto y 3) la dimensión impersonal operacionalizada en la suerte y en el destino (azar). Levenson consideró esencial distinguir dos tipos de control externo: Las creencias en otros poderosos y las fuerzas del destino y la suerte. En consecuencia, elaboró tres sub-escalas: Internalidad (I), otros poderosos (OP) y azar (A). Parte de los ítems para componer estas sub-escalas fueron tomados de la Escala de Rotter y otra partes fueron construidas expresamente para atender a los postulados teóricos de Levenson. La escala final quedó constituida por un total de 24 ítems y cada subescala por ocho ítems.

c. Propiedades psicométricas.

La validez de constructo fue evaluada por medio del análisis factorial (Levenson,1974) realizado a través del método de componentes principales, confirmándose los presupuestos teóricos. Los factores empíricos obtenidos fueron perfectamente isomorfos con los teóricos. El primer factor estuvo compuesto por los ítems de la subescala OP, el segundo por los ítems de la subescala I y el tercero por los ítems de la subescala A. Levenson (1974) reportó que los ítems correspondientes a cada una de las escalas distinguían bien entre los sujetos que puntuaban alto de los que puntuaban bajo. Las correlaciones obtenidas entre cada uno de los ítems y la Escala de deseabilidad social de Marlowe-Crowne fueron todos cercanas a cero, siendo la más alta $+0.19$. Los coeficientes de confiabilidad de Kuder-Richardson fueron de $.64$ para la Escala I, $.77$ para la Escala OP y $.78$ para la Escala A. La confiabilidad evaluada por el método de las dos mitades corregida por la fórmula de Spearman-Brown arrojaron valores de $.62$ (Escala I), $.66$ (Escala OP) y $.64$ (escala A). La confiabilidad evaluada como estabilidad temporal por medio del test-retest con una semana de intervalo fue de $.64$, $.74$ y $.78$ para las escalas I, OP y A, respectivamente.

La validez factorial de la escala para la población de éste estudio, evaluada por medio del análisis factorial exploratorio con rotación oblicua

arrojó 3 factores que explicaron el 64,608% de la varianza total, con lo que se reproduzco la estructura factorial original. La consistencia interna evaluada por medio de la formula 20 de Kuder-Richardson arrojó los valores de .895, .785, y .602, y para las escalas I, OP y A respectivamente.

d. Normas de aplicación.

La Escala Multidimensional de Locus de Control de Levenson puede ser administrada individual o colectivamente. No tiene tiempo límite para ser contestada, siendo el tiempo requerido para ser completada alrededor de cinco minutos.

e. Instrucciones.

Las instrucciones se presentan de forma impresa en el cuadernillo de preguntas de forma estandarizada indicando lo siguiente: “A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Cada una representa una opinión comúnmente sostenida. No existen respuestas correctas o incorrectas. Usted probablemente estará de acuerdo con algunas afirmaciones y en desacuerdo con otras. Estamos interesados en la medida en la que usted está de acuerdo o en desacuerdo con estas afirmaciones. Lea cada afirmación cuidadosamente e indique el grado en el cual usted está de acuerdo o en desacuerdo usando las siguientes respuestas.”.

f. Normas de calificación.

Las puntuaciones para las dimensiones de la Escala Multidimensional de Locus de Control de Levenson se obtienen por medio de la sumatoria de las puntuaciones de los ítemes correspondientes a cada una de sus dimensiones, que son los siguientes:

Azar: 14, 24, 16, 12, 7, 6, 2, 10

Otros poderosos: 22, 20, 17, 15, 11, 13, 3, 8

Internalidad: 19, 23, 5, 18, 4, 9, 1, 21

Encontrándose la puntuación obtenida en una escala de medición cuantitativa de intervalo.

3.6 Procedimiento de recolección de datos

En primer lugar se realizó las coordinaciones y solicitud de autorización con los directores de las instituciones de salud en las que se llevó a cabo la investigación, quienes eran las personas responsables a nivel administrativo en las instituciones en la que se recolectaron los datos.

En un segundo momento se procedió a coordinar con los jefes de área para que convocaran al personal bajo su responsabilidad a una charla informativa en la que se les proporcionó información sobre las enfermedades ocupacionales y se les invitó a participar en el estudio que se estaba realizando sobre el síndrome de burnout.

A las personas que aceptaron formar parte del estudio se les repartió las hojas informativas que fueron leídas conjuntamente con el investigador y se procedió a solicitar que firmaran el consentimiento informado, para luego proceder a la aplicación de los cuestionarios, los que fueron aplicados de forma colectiva. Se solicitó a los participantes contestar a todos los reactivos de los cuestionarios de la presente investigación.

Se garantizó a los participantes el anonimato y la posibilidad de poder preguntar en caso de duda o cualquier otra situación, así como de retirarse en cualquier momento de la investigación si es que no deseaban seguir participando.

Una vez cumplimentados los cuestionarios se procedió a su revisión invitando a los participantes que hubieran dejado de contestar a alguna pregunta que la contestasen si es que así lo deseaban, en los casos en los que esto no sucedió el cuestionario fue descartado por no contar con la información completa.

Luego de recolectada la información se procedió a la elaboración de la base de datos, cuidándose la calidad de la información por medio de un procedimiento de doble digitación por digitadores diferentes, asegurando una concordancia entre ambos digitadores del 100%.

Se procedió al cálculo de los índices de bondad de ajuste del modelo y a la obtención de los coeficientes estructurales.

3.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Se realizó un análisis preliminar de los datos aplicando la prueba de Kolmogorov-Smirnov a las variables cuantitativas para conocer si su distribución era normal y poder determinar el uso de métodos estadísticos pertinentes, encontrándose que las variables autoeficacia y las dimensiones de despersonalización y realización personal del síndrome de burnout, no seguían una distribución normal.

Para someter a prueba la validez del modelo se hizo uso del procedimiento de ecuaciones estructurales (SEM). El análisis de ecuaciones estructurales fue introducido en investigación por Wright, quien trabajó sobre patrones de covariación entre varias características, razón por la cual inicialmente este procedimiento fue denominado análisis estructural de covarianza (Kerlinger y Lee, 2001). El procedimiento permite descomponer las correlaciones existentes en un sistema de ecuaciones que matemáticamente describen hipótesis respecto a relaciones causales. Los modelos de ecuaciones estructurales representan matemáticamente las relaciones mediante ecuaciones de regresión que muestran la influencia de una o más variables (exógenas) sobre otra u otras variables (endógenas). Wright propuso el uso de gráficos para representar estas relaciones de influencia por medio de diagramas de rutas, usando flechas de sentido único que parten de las variables causales (exógenas) y apuntan hacia las variables influenciadas (endógenas), motivo por el cual el método fue conocido como “path analysis” por su denominación en inglés.

El análisis de ecuaciones estructurales permite estudiar las relaciones causales entre las variables, asumiendo la existencia de relaciones lineales, aunque también se pueden modelizar relaciones no lineales. Es importante precisar con respecto al análisis de causalidad que aunque la existencia de correlación entre variables no implica la existencia de una relación causal, la existencia de relación causal entre dos variables sí implica la existencia de correlación entre

ellas, en ello se apoya el análisis de ecuaciones estructurales. La modelización de ecuaciones estructurales asume que hay un mecanismo subyacente que lleva a una estructura de covarianzas teóricas, por lo que su objetivo es poner a prueba un modelo que capture la esencia de este mecanismo subyacente.

El análisis de las relaciones causales, establecidas en el modelo a probar, es posible en virtud a la serie de restricciones que se obtienen en la matriz de varianzas-covarianzas debidas a las relaciones causales hipotetizadas, de manera que si la matriz de varianzas-covarianzas que producen los datos observados es compatible con las restricciones impuestas por el modelo, el modelo no se descarta.

El análisis de ecuaciones estructurales en la presente investigación se hizo por medio del paquete informático AMOS, el cual fue seleccionado debido a sus niveles de transparencia y amigabilidad. Las variables exógenas del modelo son las dimensiones internalidad, azar y otros poderosos del locus de control; la autoeficacia, y el neuroticismo, mientras que las variables endógenas son el síndrome de burnout que es una variable latente y las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal del síndrome de burnout que son variables observables.

La prueba empírica de la validez del modelo consistió en determinar si el modelo con sus especificaciones se ajusta a los datos, para lo cual se utilizó el indicador χ^2 con un nivel de significancia de 0.05; adicionalmente se utilizaron los indicadores de ajuste: TLI, RMSEA, GFI, CFI, y, IFI.

El TLI también es conocido como coeficiente de Tucker Lewis y también se le denomina índice NNFI o índice no normado de Bentler Bonett, los valores cercanos a uno de éste índice se interpretan como indicadores de un buen ajuste del modelo a los datos. En ocasiones el valor obtenido puede ser mayor a 1 ó inferior a cero, debido a que se trata de un índice no normado. El RMSEA es un índice derivado del RMS que fue propuesto por Steiger y Lind en 1980; éste índice fue planteado en 1993 por Browne y Cudeck, y se interpreta considerando un valor igual a cero como indicador de un ajuste perfecto del modelo con

respecto a los datos, siendo considerados como aceptables valores inferiores a 0.08 y como indicadores de un mal ajuste valores superiores a 0.1. El GFI, fue propuesto originalmente en 1984 por Jöreskog y Sorbon y difundido por Tanaka y Huba en 1985, sus valores se interpretan de tal manera que valores cercanos a uno indican que el modelo propuesto presenta un buen ajuste a los datos. El CFI fue propuesto por Bentler en 1990, y se conoce como índice comparativo de ajuste, se interpreta de tal forma que valores cercanos a uno indican un buen ajuste del modelo con respecto a los datos. Este índice, es idéntico al índice de no centralidad relativa (RNI), propuesto por McDonald y Marsh. El IFI también es conocido como índice de ajuste incremental y fue planteado en 1989 por Bollen; se interpreta de manera que valores cercanos a uno son indicadores de un buen ajuste del modelo (Arbuckle y Wothke, 1999).

La segunda edición del manual de publicaciones de la Asociación Psicológica Americana (2002), recomienda que cuando se presente los resultados de las investigaciones en las que se utilizan modelos teóricos que son contrastados contra los datos empíricos, junto con el valor de la chi cuadrada χ^2 se presente también los índices GFI, CFI, RMS, y el IFI.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Resultados descriptivos de la investigación

En la tabla 6 se puede observar, con respecto al síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana, que el 35.56% presenta síndrome de burnout, el 18.73% presenta tendencia a desarrollar el síndrome de burnout, el 10.16% tiene riesgo de síndrome de burnout y el 35.56% no padece el síndrome.

Tabla 6.

Distribución de frecuencias y porcentajes de síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana.

	f	%
Síndrome de burnout	112	35.56
Tendencia al síndrome de burnout	59	18.73
Riesgo de síndrome de burnout	32	10.16
Sin síndrome de burnout	112	35.56
Total	315	100.00

En lo que respecta al síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana según sexo en la tabla 7 se observa que del total de mujeres, el 46.9% presenta síndrome de burnout, 17.7% presenta tendencia al síndrome de burnout, mientras que el 9.7% presenta riesgo de síndrome de burnout y un 25.7% no padece del síndrome. En el caso de los varones se observa en la misma tabla que el 21.4% tiene síndrome de burnout, el 20.0% tiene tendencia al síndrome de burnout, el 10.7% presenta riesgo de síndrome de burnout y el 47.9% no padece del síndrome.

Tabla 7.
Distribución de frecuencias y porcentajes de síndrome de burnout en profesionales de salud, según sexo.

	Mujeres		Varones	
	f	%	f	%
Síndrome de burnout	82	46.9	30	21.4
Tendencia al síndrome de burnout	31	17.7	28	20.0
Riesgo de síndrome de burnout	17	9.7	15	10.7
Sin síndrome de burnout	45	25.7	67	47.9
Total	175	100	140	100

Al analizar el síndrome de burnout en profesionales de salud según el estado civil en la tabla 8 se observa que entre los solteros el 35.3% presenta síndrome de burnout, el 15.5% tiene tendencia al síndrome de burnout, el 10.3% presenta riesgo de síndrome de burnout, mientras que el 38.3% no padece el síndrome. En el caso de los casados/convivientes el 29.2% tienen síndrome de burnout, el 22.5% presenta tendencia a padecer del síndrome, el 11.2% tiene riesgo de síndrome de burnout y el 37,1% no padece del síndrome. En cuanto a los divorciados el 94.1% presenta síndrome de burnout, mientras que el 5.9% no padece del síndrome. En el caso de los viudos la cantidad de participantes hace que no resulte pertinente la interpretación de los resultados en términos de

porcentajes, sin embargo, 3 de los cuatros participantes presentan síndrome de burnout y 1 solo presenta tendencia a desarrollar el síndrome.

Tabla 8.

Distribución de frecuencias y porcentajes de síndrome de burnout en profesionales de salud, según estado civil.

	Solteros	Casados/ Convivientes	Divorciados	Viudos
Síndrome de burnout	41 (35.3%)	52 (29.2%)	16 (94.1%)	3 (75.0%)
Tendencia al síndrome de burnout	18 (15.5%)	40 (22.5%)	0 (0.0%)	1 (25.0%)
Riesgo de síndrome de burnout	12 (10.3%)	20 (11.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Sin síndrome de burnout	45 (38.8%)	66 (37.1%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)
Total	116 (100.0%)	178 (100.0%)	17 (100.0%)	4 (100.0%)

Con relación al análisis del síndrome de burnout en profesionales de salud según grupo ocupacional, se observa en la tabla 9 que del total de médicos, el 31.1% presenta síndrome de burnout, igual porcentaje de médicos presentan tendencia al síndrome de burnout, mientras que el 9.9% presenta riesgo de padecer el síndrome de burnout y un 28% no padece del síndrome. Para el caso de los enfermeros(as) en la misma tabla puede observarse que el 44.7% presenta síndrome de burnout, 10.7% de enfermeros(as) tienen una tendencia al síndrome de burnout, 9.7% presentan un riesgo de síndrome de burnout y un 35.0% no padece del síndrome. En lo referente a los psicólogos(as) en la tabla 9 se puede observar que el 18.6% tiene síndrome de burnout, 6.8% de los psicólogos(as) presentan tendencia al síndrome de burnout, 11.9% tiene riesgo de padecer el síndrome de burnout y 62.7% no padece el síndrome. Con respecto a los odontólogos(as) en la misma tabla se observa que el 66.7% presenta síndrome de burnout, el 14.3% tiene una tendencia a padecer el síndrome de burnout, el 9.5% tiene riesgo de padecer síndrome de burnout y el mismo porcentaje no padece de síndrome de burnout.

Tabla 9.

Distribución de frecuencias y porcentajes de síndrome de burnout en profesionales de salud, según grupo ocupacional.

	Médicos(as)	Enfermeros(as)	Psicólogos(as)	Odontólogos(as)
Síndrome de burnout	41 (31.1%)	46 (44.7%)	11 (18.6%)	14 (66.7%)
Tendencia al síndrome de burnout	41 (31.1%)	11 (10.7%)	4 (6.8%)	3 (14.3%)
Riesgo de síndrome de burnout	13 (9.9%)	10 (9.7%)	7 (11.9%)	2 (9.5%)
Sin síndrome de burnout	37 (28.0%)	36 (35.0%)	37 (62.7%)	2 (9.5%)
Total	132 (100%)	103 (100%)	59 (100%)	21 (100%)

En cuanto al análisis de las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de salud de Lima Metropolitana, en la dimensión de agotamiento emocional se observa en la tabla 10 que el 7.0% presenta un bajo nivel de agotamiento emocional, el 42.9% presenta un nivel medio de agotamiento emocional y el 50.2% presenta un nivel alto de agotamiento emocional.

Tabla 10.

Niveles de agotamiento emocional en profesionales de salud de Lima Metropolitana.

	F	%
Bajo	22	7.0
Medio	135	42.9
Alto	158	50.2
Total	315	100

Con respecto al análisis de la dimensión de agotamiento emocional en profesionales de la salud de Lima Metropolitana, según sexo, en la tabla 11 se observa que en el caso de las mujeres el 11.4% presenta un nivel bajo de agotamiento emocional, el 32.0% presenta un nivel medio de agotamiento

emocional y el 56.6% presenta un nivel alto de agotamiento emocional. Con respecto a los varones en la misma tabla se observa que el 1.4% presenta un nivel bajo de agotamiento emocional, el 56.4% presenta un nivel medio de agotamiento emocional y el 42.1% presenta un nivel alto de agotamiento emocional.

Tabla 11.
Niveles de agotamiento emocional en profesionales de salud de Lima Metropolitana según sexo.

	Mujeres		Varones	
	f	%	f	%
Bajo	20	11.4	2	1.4
Medio	56	32.0	79	56.4
Alto	99	56.6	59	42.1
Total	175	100	140	100

Al analizar la dimensión agotamiento emocional en profesionales de la salud de Lima Metropolitana, según estado civil, en la tabla 12 se observa que en el caso de los solteros el 10.3% tiene un bajo nivel de agotamiento emocional, el 41.4% tiene un nivel medio de agotamiento emocional y un 48.3% tiene un nivel alto de agotamiento emocional. En cuanto a los casados o convivientes el 5.6% tiene un nivel bajo de agotamiento emocional, el 47.8% tiene un nivel medio de agotamiento emocional y el 46.6% tiene un nivel alto de agotamiento emocional. Con respecto a los divorciados el 11.8% presenta un nivel medio de agotamiento emocional, mientras que el 88.2% presenta un nivel alto de agotamiento emocional. En el caso de los viudos la cantidad de participantes hace que no resulte pertinente la interpretación de los resultados en términos de porcentajes, siendo que la totalidad de ellos (4 participantes) presentan un alto nivel de agotamiento emocional.

Tabla 12.

Niveles de agotamiento emocional en profesionales de salud de Lima Metropolitana según estado civil.

	Solteros	Casados/ Convivientes	Divorciados	Viudos
Bajo	12 (10.3%)	10 (5.6%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Medio	48 (41.4%)	85 (47.8%)	2 (11.8%)	0 (0.00%)
Alto	56 (48.3%)	83 (46.6%)	15 (88.2%)	4 (100.0%)
Total	116 (100%)	178 (100%)	17 (100%)	4 (100%)

En relación al análisis de la dimensión agotamiento emocional en profesionales de salud de Lima Metropolitana, en función al grupo ocupacional, en la tabla 13 se puede observar que en el caso de los médicos el 2.3% presenta un bajo nivel de agotamiento emocional, el 34.8% presenta un nivel medio de agotamiento emocional y un 62.9% tiene un nivel alto de agotamiento emocional. En cuanto a las enfermeros(as) en la misma tabla se observa que el 8.7% presenta un bajo nivel de agotamiento emocional, el 41.7% tiene un nivel medio de agotamiento emocional y el 49.5% presenta un alto nivel de agotamiento emocional. En relación a los psicólogos(as) se observa que el 13.6% presenta un nivel bajo de agotamiento emocional, el 69.5% presenta un nivel medio de agotamiento emocional y el 16.9% presenta un alto nivel de agotamiento emocional. Con respecto a los odontólogos(as) se puede observar que el 9.5% presenta un nivel bajo de agotamiento emocional, el 23.8% tiene un nivel medio de agotamiento emocional y el 66.7% presenta un nivel alto de agotamiento emocional.

Tabla 13.

Niveles de agotamiento emocional en profesionales de salud de Lima Metropolitana según grupo ocupacional.

	Médicos(as)	Enfermeros(as)	Psicólogos(as)	Odontólogos(as)
Bajo	3 (2.3%)	9 (8.7%)	8 (13.6%)	2 (9.5%)
Medio	46 (34.8%)	43 (41.7%)	41 (69.5%)	5 (23.8%)
Alto	83 (62.9%)	51 (49.5%)	10 (16.9%)	14 (66.7%)
Total	132 (100%)	103 (100%)	59 (100%)	21 (100%)

Al realizar el análisis de la dimensión de despersonalización en profesionales de salud de Lima Metropolitana en la tabla 14 se observa que el 5.1% presenta un bajo nivel de despersonalización, el 40.6% presenta un nivel medio de despersonalización y el 54.3% presenta un alto nivel de despersonalización.

Tabla 14.
Niveles de despersonalización en profesionales de salud de Lima Metropolitana.

	f	%
Bajo	16	5,1
Medio	128	40,6
Alto	171	54,3
Total	315	100,0

Con respecto al análisis de la dimensión de despersonalización en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según el sexo, se puede observar en la tabla 15 que el 6.3% de las mujeres presentan un nivel bajo de despersonalización, el 26.9% tienen un nivel medio de despersonalización y el 66.9% tiene un nivel alto de despersonalización. En relación a los varones en la misma tabla se observa que el 3.6% tiene un bajo nivel de despersonalización, el 57.9% presenta un nivel medio de despersonalización y el 38.6% presenta un alto nivel de despersonalización.

Tabla 15.
Niveles de despersonalización en profesionales de salud de Lima Metropolitana según sexo.

	Mujeres		Varones	
	f	%	f	%
Bajo	11	6.3	5	3.6
Medio	47	26.9	81	57.9
Alto	117	66.9	54	38.6
Total	175	100	140	100

En lo que se refiere al análisis de la dimensión de despersonalización en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según el estado civil, se observa en la tabla 16 que en el caso de los solteros el 7.8% tiene un bajo nivel de

despersonalización, el 36.2% tiene un nivel medio de despersonalización y el 56.0% tiene un alto nivel de despersonalización. Con respecto a los casados o convivientes en la misma tabla se puede observar que el 3.4% presenta un nivel bajo de despersonalización, el 48.3% presenta un nivel medio de despersonalización y el mismo porcentaje presenta un nivel alto de despersonalización. En relación a los divorciados el 5.9% tiene un nivel bajo de despersonalización, mientras que el 94.1% presenta un alto nivel de despersonalización. En el caso de los viudos la cantidad de participantes hace que no resulte pertinente la interpretación de los resultados en términos de porcentajes, siendo que la totalidad de ellos (4 participantes) presentan un alto nivel de despersonalización.

Tabla 16.

Niveles de despersonalización en profesionales de salud de Lima Metropolitana según estado civil.

	Solteros	Casados/ Convivientes	Divorciados	Viudos
Bajo	9 (7.8%)	6 (3.4%)	1 (5.9%)	0 (0.00%)
Medio	42 (36.2%)	86 (48.3%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Alto	65 (56.0%)	86 (48.3%)	16 (94.1%)	4 (100.00%)
Total	116 (100%)	178 (100%)	17 (100%)	4 (100%)

Con respecto al análisis de la dimensión despersonalización en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según el grupo ocupacional, se puede observar en la tabla 17 que en el caso de los médicos el 0.8% presenta bajo nivel de despersonalización, el 42.4% presenta uno nivel medio de despersonalización y el 56.8% tiene un alto nivel de despersonalización. En relación a los enfermeros(as) en la misma tabla se observa que el 3.9% tiene un bajo nivel de despersonalización, el 36.9% tiene un nivel medio de despersonalización y el 59.2% tiene un nivel alto de despersonalización. En cuanto a los psicólogos(as) se observa que el 15.3% presenta un nivel bajo de despersonalización, el 57.6% tiene un nivel medio de despersonalización y el 27.1% presenta un nivel alto de despersonalización. En relación a los odontólogos(as) se puede observar que el 9.5% tiene un nivel bajo de despersonalización, mientras que el 90.5% tiene un alto nivel de despersonalización.

Tabla 17.

Niveles de despersonalización en profesionales de salud de Lima Metropolitana según grupo ocupacional.

	Médicos(as)	Enfermeros(as)	Psicólogos(as)	Odontólogos(as)
Bajo	1 (0.8%)	4 (3.9%)	9 (15.3%)	2 (9.5%)
Medio	56 (42.4%)	38 (36.9%)	34 (57.6%)	0 (0.00%)
Alto	75 (56.8%)	61 (59.2%)	16 (27.1%)	19 (90.5%)
Total	132 (100.00%)	103 (100.00%)	59 (100.00%)	21 (100.00%)

Al efectuar el análisis de la dimensión realización personal en profesionales de salud de Lima Metropolitana en la tabla 18 se observa que el 50.2% presenta un nivel bajo de realización personal, el 39.0% tiene un nivel medio de realización personal y el 10.8% presenta un nivel alto de realización personal.

Tabla 18.

Niveles de realización personal en profesionales de salud de Lima Metropolitana.

	f	%
Bajo	158	50.2
Medio	123	39.0
Alto	34	10.8
Total	315	100

Con respecto al análisis de la dimensión realización personal en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según el sexo, en la tabla 19 se puede observar que en relación a las mujeres el 61.7% presenta un bajo nivel de realización personal, el 29.7% presenta un nivel medio de realización personal y el 8.6% presenta un alto nivel de realización personal. En lo que respecta a los varones en la misma tabla se observa que el 35.7% presenta un nivel bajo de realización personal, el 50.7% tiene un nivel medio de realización personal y el 13.6% presenta un nivel alto de realización personal.

Tabla 19.

Niveles de realización personal en profesionales de salud de Lima Metropolitana según sexo.

	Mujeres		Varones	
	f	%	f	%
Bajo	108	61.7	50	35.7
Medio	52	29.7	71	50.7
Alto	15	8.6	19	13.6
Total	175	100	140	100

En cuanto al análisis de la dimensión de realización personal en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según el estado civil, en la tala 20 se puede observar que en el caso de los solteros el 44.0% tiene un bajo nivel de realización personal, el 41.4% tiene un nivel medio de realización personal y el 14.7% tiene un nivel alto de realización personal. En relación a los casados o convivientes en la misma tabla se puede observar que el 49.4% presenta un nivel bajo de realización personal, el 41.0% tiene un nivel medio de realización personal y el 9.6% presenta un nivel alto de realización personal. Con respecto a los divorciados el 94.1% presenta un nivel bajo de realización personal, mientras que el 5.9% presentan un nivel medio de realización personal. En relación a los viudos la cantidad de participantes hace que no sea pertinente la presentación de resultados en términos de porcentajes, encontrándose que 3 de los 4 participantes presentan un bajo nivel de realización personal y 1 presenta un nivel medio de realización personal.

Tabla 20.

Niveles de realización personal en profesionales de salud de Lima Metropolitana según estado civil.

	Solteros	Casados/ Convivientes	Divorciados	Viudos
Bajo	51 (44.0%)	88 (49.4%)	16 (94.1%)	3 (75.0%)
Medio	48 (41.4%)	73 (41.0%)	1 (5.9%)	1 (25.0%)
Alto	17 (14.7%)	17 (9.6%)	0 (0.00%)	0 (0.00%)
Total	116 (100.00%)	178 (100.00%)	17 (100.00%)	4 (100.00%)

Con respecto al análisis de la dimensión realización personal en profesionales de salud de Lima Metropolitana, según el grupo ocupacional, en la tabla 21 se puede observar que en el caso de los médicos el 47.0% presenta un nivel bajo de realización personal, el 46.2% tiene un nivel medio de realización personal y el 6.8% presenta un nivel alto de realización personal. En relación a las enfermeras(os) en la misma tabla se puede observar que el 56.3% presenta un nivel bajo de realización personal, el 35.9% tiene un nivel medio de realización personal y el 7.8% presenta un nivel alto de realización personal. En cuanto a los psicólogos se observa que el 35.6% presenta un nivel bajo de realización personal, el 39.0% tiene un nivel medio de realización personal y el 25.4% presenta un nivel alto de realización personal. Con respecto a los odontólogos(as) se observa que el 81.0% presenta un bajo nivel de realización personal, el 9.5% tiene un nivel medio de realización personal y el mismo porcentaje presenta un nivel alto de realización personal.

Tabla 21.

Niveles de realización personal en profesionales de salud de Lima Metropolitana según grupo ocupacional.

	Médicos(as)	Enfermeros(as)	Psicólogos(as)	Odontólogos(as)
Bajo	62 (47.0%)	58 (56.3%)	21 (35.6%)	17 (81.0%)
Medio	61 (46.2%)	37 (35.9%)	23 (39.0%)	2 (9.5%)
Alto	9 (6.8%)	8 (7.8%)	15 (25.4%)	2 (9.5%)
Total	132 (100.00%)	103 (100.00%)	59 (100.00%)	21 (100.00%)

4.2 Resultados referidos a la contrastación de las hipótesis

Se presenta los resultados referidos a la hipótesis general concerniente a la validez del Modelo Teórico Socio-Cognitivo del Burnout y su ajuste a los datos empíricos obtenidos con el Inventario de Burnout de Maslach en un grupo de profesionales de la salud.

En primer lugar se muestra la matriz de correlaciones previa al análisis de ecuaciones estructurales.

En la Figura 2 se observa el diagrama correspondiente al modelo de síndrome de burnout puesto a prueba, donde se puede observar la influencia de las dimensiones internalidad, azar y otros poderosos del locus de control; la autoeficacia, y el neuroticismo sobre el síndrome de burnout como variable latente y la influencia del síndrome de burnout sobre las manifestaciones observables del mismo (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal).

En el mencionado diagrama de rutas se observa los coeficientes estructurales que cuantifican la influencia de las variables exógenas del modelo sobre las variables endógenas, en él se puede observar que el coeficiente estructural para la influencia de la dimensión azar del locus de control sobre el síndrome de burnout es positivo y presenta un valor de .22, el coeficiente estructural que cuantifica la influencia de la dimensión otros poderosos del locus de control sobre el síndrome de burnout también es positivo y presenta un valor de .36, mientras que el coeficiente estructural para la influencia de la dimensión internalidad del locus de control sobre el síndrome de burnout es negativo y tiene un valor de -.19 (ver Figura 2).

Con respecto al coeficiente estructural que cuantifica la influencia de la autoeficacia sobre el síndrome de burnout en la misma figura se puede observar que éste es negativo y presenta un valor de -.82. En tanto que el coeficiente estructural que cuantifica la influencia del neuroticismo sobre el síndrome de burnout es positivo y presenta un valor de .39 (ver Figura 2).

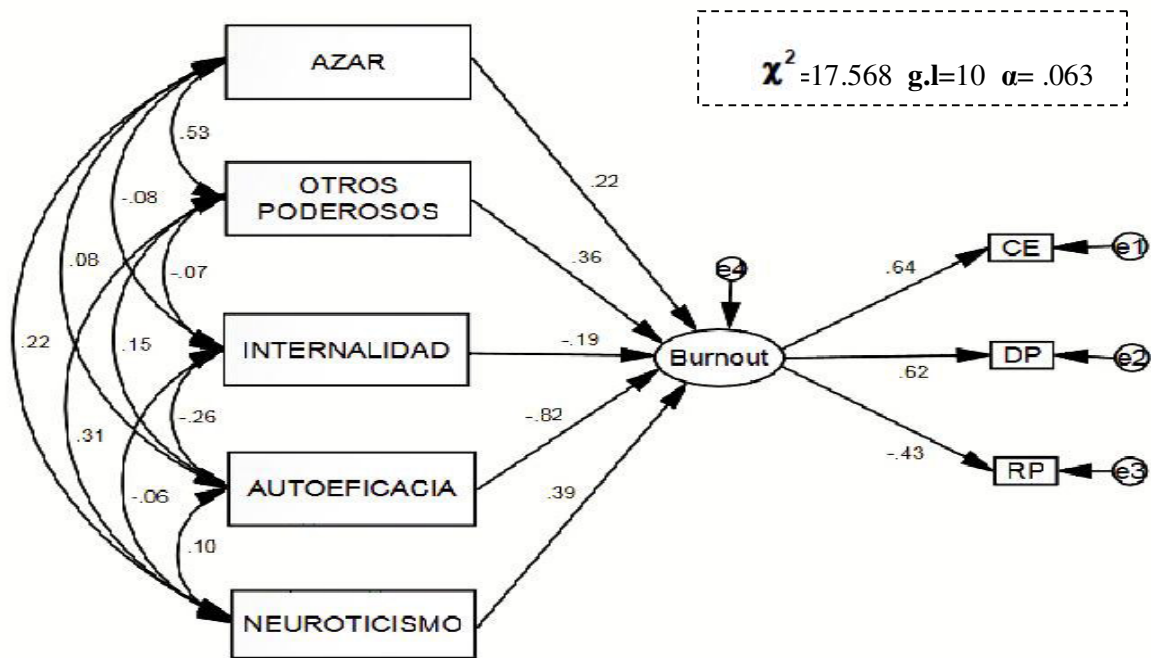


Figura 2. Diagrama del modelo socio-cognitivo de burnout con los coeficientes estructurales.

En la tabla 23, se observa los índices de bondad de ajuste junto con el valor de la χ^2 ; el nivel de significancia (p) de 0,063 asociado a este valor de chi cuadrada al ser superior al nivel α de 0.05 permite aceptar la hipótesis general, la cual afirma que el modelo Modelo Teórico Socio-Cognitivo del Burnout posee validez empírica, ajustándose a los datos obtenidos en el Inventario de Burnout de Maslach, por un grupo de profesionales de la salud, lo que indica la adecuación del modelo.

Los valores de los índices de bondad de ajuste corroboran la validez del modelo, concordando con lo señalado al interpretar el valor de la χ^2 presentada, esto es, permiten aceptar el modelo propuesto acerca de las relaciones entre las variables y su influencia sobre el síndrome de burnout, teniendo en cuenta los datos de las variables medidas. El índice de Hoelter observado en la tabla 23 permitió evaluar si la muestra estaba constituida por una cantidad adecuada de sujetos para poner a prueba el modelo, el valor obtenido de 328 señala que éste

es el tamaño de muestra más grande con el cual se puede aceptar la hipótesis de que el modelo propuesto es válido a un nivel de significancia de ,05. Dado que la muestra cuenta con 315 sujetos el modelo puede ser aceptado con un nivel de significación de $p < .05$ (Byrne, 2001).

Tabla 23.

Valores de Chi cuadrada e índices de bondad de ajuste del modelo propuesto, el modelo saturado y el modelo independiente.

	χ^2 (gl=10)	χ^2/gl	TLI	RMSEA	GFI	CFI	IFI	HOELTER (0.05)
Modelo propuesto	17.568	1.757	.945	.049	.987	.980	.981	328
Modelo independiente			.000	.209	0.681	.000	.000	32
Modelo saturado			--	--	1.000	1.000	1.000	--

Con respecto a las hipótesis específicas sobre las covariaciones entre las variables del modelo en la tabla 24 se pudo observar el coeficiente estructural que cuantifica la covariación de la autoeficacia con el síndrome de burnout, este coeficiente presenta un valor de $-.824$, el cual resulta estadísticamente significativo ($p < .05$).

Tabla 24.

Coefficiente estructural para la covariación de la autoeficacia con el síndrome de burnout.

		Coeficiente estructural estimado	Error estándar	<i>P</i>
Síndrome de burnout	<--- Autoeficacia	$-.824$	0.096	.001

En la tabla 25 se pudo observar el coeficiente estructural que cuantifica la covariación entre el neuroticismo y el síndrome de burnout, el cual es de $.389$ y es estadísticamente significativo ($p < .05$).

Tabla 25.

Coefficiente estructural para la covariación del neuroticismo con el síndrome de burnout.

			Coeficiente estructural estimado	Error estandar	<i>p</i>
Síndrome de burnout	<---	Neuroticismo	.389	0.064	.001

En cuanto al coeficiente estructural que cuantifica la covariación entre la dimensión azar de locus de control y el síndrome de burnout, en la tabla 26 se observa que este coeficiente presenta un valor de .222, y resulta estadísticamente significativo ($p < ,05$).

Tabla 26.

Coefficiente estructural para la covariación de la dimensión azar del locus de control con el síndrome de burnout.

			Coeficiente estructural estimado	Error estandar	<i>p</i>
Síndrome de burnout	<---	Azar	.222	0.087	.002

En la tabla 27 se puede observar el coeficiente estructural que cuantifica la covariación entre la dimensión otros poderosos de locus de control con el síndrome de burnout, el cual es de .356, y es estadísticamente significativo ($p < ,05$).

Tabla 27.

Coefficiente estructural para la covariación de la dimensión otros poderosos del locus de control con el síndrome de burnout

			Coeficiente estructural estimado	Error estándar	<i>p</i>
Síndrome de burnout	<---	Otros poderosos	.356	0.078	.001

Con respecto al coeficiente estructural que cuantifica la covariación entre la dimensión internalidad de locus de control y el síndrome de burnout, se puede observar en la tabla 28, que este es negativo, teniendo un valor de -.189, y es estadísticamente significativo ($p < ,05$).

Tabla 28.

Coefficiente estructural para la covariación de la dimensión internalidad del locus de control con el síndrome de burnout.

		Coeficiente estructural estimado	Error estándar	<i>p</i>
Síndrome de burnout	<--- Internalidad	-.189	0.098	.002

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Análisis y discusión de resultados

El modelo puesto a prueba en la presente investigación estuvo conformado por cinco variables exógenas (autoeficacia, neuroticismo y las tres dimensiones de locus de control: Internalidad, azar y otros poderosos) y cuatro variables endógenas (el síndrome de burnout como variable latente y las dimensiones del burnout agotamiento emocional, despersonalización y realización personal como variables observables). En base a los resultados mostrados en el capítulo anterior se ha encontrado que el Modelo Causal Socio-Cognitivo del Síndrome de Burnout puesto a prueba posee validez, puesto que se ajusta adecuadamente a los datos empíricos medidos por medio del Inventario de Burnout de Maslach. Este modelo plantea que el síndrome de burnout está influenciado causalmente por las variables autoeficacia, neuroticismo y por las dimensiones azar, otros poderosos e internalidad del locus de control.

El modelo representa las relaciones causales múltiples entre las variables medidas que se identificaron en la literatura y que además se consideraron relevantes para establecer un modelo multicausal.

De los diferentes factores personales que podrían explicar el desarrollo del síndrome de burnout fueron elegidos la autoeficacia, el neuroticismo, y las dimensiones internalidad, azar y otros poderosos del locus de control. Las ecuaciones estructurales que se pusieron a prueba fueron las siguientes:

- a) El síndrome de burnout se encuentra influenciado causalmente por la variable autoeficacia.
- b) El síndrome de burnout se encuentra influenciado causalmente por la variable neuroticismo.
- c) El síndrome de burnout se encuentra influenciado causalmente por la dimensión azar del locus de control.
- d) El síndrome de burnout se encuentra influenciado causalmente por la dimensión otros poderosos del locus de control.
- e) El síndrome de burnout se encuentra influenciado causalmente por la dimensión internalidad del locus de control.

Los resultados mostraron que las cinco variables exógenas influyen de forma estadísticamente significativa sobre el síndrome de burnout.

Los resultados con respecto a la influencia de la autoeficacia sobre el síndrome de burnout, coinciden con el hallazgo del Gil-Monte, García-Jueas, y Caro (2008), quienes encontraron en una muestra de 741 profesionales de enfermería que el nivel de autoeficacia era un predictor estadísticamente significativo de una de las manifestaciones del síndrome de burnout, que es el agotamiento emocional, en este sentido los resultados también concuerdan con

lo obtenido en los estudios de Evers, Brouwers, y Tomic (2002) y de Tang, Wing-Tung, Schwarzer, y Schmitz (2001) en los que los resultados mostraron una influencia de la autoeficacia sobre el síndrome de burnout.

Estos resultados estarían significando que para la muestra estudiada la percepción de autoeficacia haría que la evaluación cognitiva de situaciones demandantes no lleve a considerar estas situaciones como amenazantes y por lo tanto no generarían estrés, con lo que la percepción de autoeficacia por parte de los profesionales de salud los ayudaría con respecto a un afrontamiento exitoso de las situaciones demandantes, que de otro modo podrían llevar a que se desarrolle el síndrome de burnout.

Los resultados mencionados anteriormente, sin embargo, no coinciden con los obtenidos por el estudio de Yang y Tang del 2003, en el que estudiando a un grupo de personas que llevaban a cabo un voluntariado no encontraron que la autoeficacia guarde relación con el síndrome de burnout de manera significativa. Este resultado puede explicarse si se tiene en cuenta que la percepción de autoeficacia se encuentra mayormente vinculada a evaluaciones cognitivas y creencias determinadas por los resultados obtenidos a partir de la propia acción en el pasado, en términos de Bandura la autoeficacia es el resultado del conjunto de creencias sobre las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos, que producirán determinados logros o resultados, lo que es más probable que ocurra en profesionales con una trayectoria de servicio que en voluntarios que muy probablemente no tengan un referente anterior como fuente de autoeficacia.

Con respecto a la influencia de la variable neuroticismo sobre el síndrome de burnout los resultados muestran que ésta variable influye de manera estadísticamente significativa sobre el síndrome. Estos resultados concuerdan con los obtenidos por Roth y Pinto (2010) quienes en su estudio realizado con enfermeras en La Paz - Bolivia encontraron que el neuroticismo predecía algunas manifestaciones del síndrome de burnout, de su estudio el 15.76% de la varianza de las puntuaciones de la dimensión de agotamiento emocional podía ser explicado por la variable neuroticismo, sin embargo, al parecer la influencia

de la variable neuroticismo varía dependiendo de la manifestación del síntoma de burnout de que se trate, por ejemplo el estudio de los autores mencionados muestra que esta variable predecía solamente el 6.2% de la varianza en las puntuaciones de la dimensión despersonalización. Los resultados obtenidos en la presente investigación también concuerdan con los hallazgos de Cebrià y cols. (2001), y podrían explicarse debido a que las personas con mayor neuroticismo tienen una valoración sesgada de las situaciones potencialmente estresantes, con clara tendencia a percibirlas del modo más amenazante posible y a infravalorar sus recursos de afrontamiento, generando esto una mayor vulnerabilidad al estrés y por lo tanto si éste se presenta de manera crónica a nivel laboral podría devenir en la aparición del síndrome de burnout. En concordancia con lo manifestado anteriormente sobre el rol de la variable neuroticismo en el fenómeno del burnout las líneas teóricas planteadas por Cherniss (1980) y Maslach (1982) defienden la idea de que las personas con mayor neuroticismo tienen una mayor propensión al estrés, y por ende si éste no es afrontado apropiadamente, una mayor propensión a desarrollar el síndrome de burnout.

En lo referente a los resultados de la influencia de las dimensiones de la variable locus de control sobre el síndrome de burnout, medido por el Inventario de Burnout de Maslach, estos indicaron que la dimensión internalidad del locus de control influye de manera significativa sobre el síndrome de burnout, lo cual concuerda con los hallazgos del estudio realizado con médicos por Villarroel (2005), quien encontró que la dimensión internalidad de locus de control predecía algunas manifestaciones del síndrome de burnout, así con respecto al agotamiento emocional, el 7.29% de la varianza en las puntuaciones en esta dimensión podía ser explicado por esta dimensión del locus de control. La investigación del autor mencionado también encontró que la dimensión internalidad explicaba el 15.21% de la varianza de las puntuaciones de la dimensión realización personal del síndrome de burnout. Los resultados obtenidos en la presente investigación también concuerdan con los de Farber, Kyriacou, Mclaughlin y Cedoline (citados en Vandenberghe y Huberman, 1999), quienes en el caso de sus respectivas muestras, constituidas por profesores, encontraron que aquellos que presentaban un locus de control externo eran más propensos a desarrollar el síndrome de burnout. Esto estaría indicando que el

hecho de que los profesionales investigados se consideren así mismos como capaces de controlar los hechos y circunstancias de su vida les ayuda a reducir algunas manifestaciones del síndrome de burnout.

A pesar de lo manifestado anteriormente, los resultados mencionados no concuerda con los resultados obtenidos por Buendía y Riquelme (1995), quienes en su estudio realizado con funcionarios de un establecimiento penitenciario, encontraron que la dimensión internalidad del locus de control no tenía relación alguna con el síndrome de burnout, lo cual podría explicarse debido a las diferencias en las poblaciones con las que se trabajó, ya que muy probablemente las motivaciones de los trabajadores en un establecimiento penitenciario sean marcadamente diferentes de las presentes en profesionales que brindan servicios de ayuda a sus usuarios.

Uno de los aspectos que genera mayor controversia en el estudio del síndrome de burnout es el referido a la independencia o no de sus componentes y a su naturaleza procesual según la cual la sintomatología aparecería en secuencia, al respecto Golembiewsky, Munzenrinder y Carter (1983) plantearon que el síntoma inicial del síndrome es la despersonalización, el cual sería seguido por la baja realización personal en el trabajo y, finalmente, aparecerían los sentimientos de agotamiento emocional. Leiter y Maslach (1988) propusieron un modelo alternativo donde lo primero en aparecer serían los sentimientos de agotamiento emocional, seguidos por las actitudes de despersonalización y, finalmente la baja realización personal en el trabajo. Por su parte Gil-Monte (1994) propuso un modelo según el cual el síndrome del burnout se inicia con el desarrollo de bajos niveles de realización personal en el trabajo y paralelamente altos niveles de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que son las últimas en aparecer serían la estrategia usada por los profesionales para hacer frente al agotamiento emocional y la falta de realización personal en el trabajo. Los resultados del presente estudio no permitieron realizar el análisis de la secuencia de aparición de los síntomas del síndrome de burnout, debido a que se trató de una investigación de corte transversal, sin embargo, a nivel aplicado es importante tener en cuenta la secuencia de acontecimientos y las manifestaciones que se presentan en un

momento determinado en los profesionales de salud que se hallan en riesgo o con tendencia a desarrollar el síndrome de burnout, los que en la presente investigación representan el 10.16% y el 18.73% de los participantes respectivamente; esto con propósitos de realizar tareas de prevención primaria y secundaria. Éstas estrategias de prevención deben tener en cuenta que la principal dificultad en el trabajo preventivo con el personal de salud es la resistencia que ellos presentan ante la posibilidad de considerarse a sí mismos como posibles pacientes, reconociendo que padecen problemas físicos y emocionales.

Otro de los aspectos importantes que debe ser considerado en el estudio del síndrome de burnout es el referido a los aspectos socio-demográficos de los trabajadores. En el presente estudio un 46,9% de mujeres presentan el síndrome, mientras que solamente el 21,4% de los varones lo presentan. Esta tendencia que muestra una mayor afectación en las mujeres que en los varones también se pone de manifiesto al considerar las dimensiones del síndrome, así tenemos que con respecto a la dimensión de agotamiento emocional 56,6% de las mujeres presentan altos niveles en esta dimensión, en tanto que en el caso de los hombres 42,1% presentan altos niveles en agotamiento emocional. En la dimensión despersonalización 66,9% de las mujeres presentan altos niveles de despersonalización, mientras que ello solamente ocurre en el 38,6% de los varones, y en la dimensión realización personal 61,7% de las mujeres presentan baja realización, en tanto que en el caso de los varones 35,7% de ellos presentan baja realización personal.

Los resultados señalados anteriormente con respecto al sexo y el síndrome de burnout pueden deberse al hecho de que en sociedades como la peruana es frecuente que las mujeres desempeñen un doble rol como trabajadoras y responsables de las tareas familiares, con lo que los niveles de estrés podrían encontrarse más elevados, generando una vulnerabilidad para el desarrollo del síndrome. También estos resultados podrían ser explicados debido a la elección de determinadas especialidades profesionales por parte de las mujeres, lo que prolongaría el rol socialmente asignado a las mujeres como cuidadoras. Estos

resultados son concordantes con lo encontrado en diferentes estudios como los de Anaya, Ortiz, Panduro, y Ramírez (2006); y los de Greenglass (1991).

Según autores como Pines, Aronson y Kafry (1981), y Grennglass, Pantony, y Burke (1988), la variable sexo se encuentra ligada a una serie de características relacionadas con el trabajo que predisponen a las mujeres a padecer el síndrome de burnout debido a que les lleva a experimentar un mayor conflicto de rol, conflictos familia-trabajo y esto además suele acompañarse de la aparición de sintomatología depresiva.

La otra variable socio-demográfica relevante a ser considerada en el estudio del síndrome de burnout es el estado civil. Los resultados de la presente investigación mostraron que el 94,1% de los divorciados y 35% de los solteros presentaban síndrome de burnout, así mismo 3 de los 4 participantes viudos presentaban síndrome de burnout, en tanto que solamente el 29,2% del grupo de casados presentó el síndrome. Al respecto Gil - Monte (2007) señala que la aparición del síndrome de burnout se halla altamente asociada a las personas que no tienen una pareja estable, debido probablemente al hecho de que tener una pareja y/o apoyo de la familia mitiga los efectos estresores que pueden presentarse en la vida diaria, así mismo el contar con una pareja estable podría influir en la motivación y la autoestima del trabajador. Por otro lado Clegg (2010) manifiesta que el divorcio y/o los primeros años del mismo son condiciones externas que generan altos niveles de estrés, ansiedad y depresión ya que las personas deben adaptarse a un nuevo estilo de vida, predisponiendo a una mayor vulnerabilidad para padecer del síndrome de burnout.

5.2 Conclusiones

1. Se ha encontrado que el modelo puesto a prueba posee validez para explicar los datos empíricos obtenidos en profesionales de la salud de Lima Metropolitana, por medio del Inventario de Burnout de Maslach; ajustándose adecuadamente a los mismos. Este modelo plantea que el síndrome de burnout se encuentra influenciado por la autoeficacia, el neuroticismo y por

las dimensiones azar, otros poderosos e internalidad del locus de control.

2. Los resultados han mostrado que la influencia de la autoeficacia sobre el síndrome de burnout en un grupo de profesionales de la salud es estadísticamente significativa.
3. De acuerdo a los resultados de la presente investigación la influencia del rasgo de personalidad neuroticismo sobre el síndrome de burnout en un grupo de profesionales de la salud es estadísticamente significativa.
4. Los resultados obtenidos en la presente investigación han mostrado que la influencia de la dimensión azar del locus de control sobre el síndrome de burnout en un grupo de profesionales de la salud es estadísticamente significativa.
5. Los resultados del estudio han mostrado que la influencia de la dimensión otros poderosos del locus de control sobre el síndrome de burnout en un grupo de profesionales de la salud es estadísticamente significativa.
6. Los resultados obtenidos han mostrado que la influencia de la dimensión internalidad del locus de control sobre el síndrome de burnout en un grupo de profesionales de la salud es estadísticamente significativa.

5.3. Recomendaciones

1. Incluir en los programas de intervención individuales, cuya finalidad sea prevenir el síndrome de burnout en profesionales de la salud, componentes que estén destinados a moderar el rasgo de personalidad de neuroticismo y desalentar las atribuciones causales de los resultados a factores externos como el azar, para evitar que aparezcan los síntomas de agotamiento emocional y despersonalización del síndrome de burnout, así mismo, estos programas deben contemplar propiciar el cambio en los estilos atribucionales de éxito y fracaso, promoviendo una mayor internalidad para prevenir que se desarrollen los síntomas de despersonalización. Además, con la finalidad de incrementar el sentido de realización personal, estas intervenciones deberían incluir

componentes que apunten a incrementar la percepción de autoeficacia generalizada.

2. En el caso de los profesionales de la salud que se encuentran en riesgo o presentan tendencia a padecer del síndrome de burnout utilizar técnicas que se centren en reducir la experiencia emocional de estrés que pueda estar siendo provocada por diversos factores, enseñándoles a desconectarse del trabajo, separando la vida personal y familiar de la laboral. Para ello es posible la aplicación de entrenamientos basados en la retirada de la atención, autorreforzamiento, "time out" y control de contingencias como técnicas dirigidas a los aspectos actitudinales del síndrome y, estrategias de solución de problemas, análisis de tareas y reforzamientos progresivos como técnicas orientadas al sentido de realización personal en el trabajo.
3. Realizar investigaciones que incluyan en el modelo otros factores individuales enmarcados dentro de la psicología positiva como el engagement.
4. Realizar investigaciones que analicen la naturaleza procesual en la aparición de los síntomas del síndrome de burnout, por medio de estudios longitudinales.
5. Realizar estudios de replicación con muestras representativas de los distintos grupos ocupacionales para establecer el ámbito de generalización del modelo evaluado.
6. Integrar los modelos clínicos del burnout, como el modelo evaluado en la presente investigación, con modelos provenientes de los enfoques organizacionales y de la teoría estructural con la finalidad de contar con un modelo general de mayor amplitud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, R. (2008). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. Lima, Perú: Editorial Universitaria – Universidad Ricardo Palma.
- Anaya, J. L., Ortiz, A. C., Panduro, D. R. y Ramírez, G. (2006). Síndrome de “quemazón” (burnout) en médicos familiares y asistentes médicos. *Atención Primaria*, 38, 467-468.
- Aguilar, A., y Gutiérrez, R. (2007). El Fenomeno de Burnout en Médicos de dos Hospitales de la ciudad de Lima – Perú. *Revista Psicológica Herediana*, 2(1), 1-13.
- Aldrete, M., Preciado, M., Fanco, S., Perez, J., y Aranda, C, (2008). Factores psicosociales laborales y Síndrome de Burnout, diferencias entre hombres y mujeres docentes de secundaria, zona metropolitana de Guadalajara, México. *Revista Ciencia y Trabajo*, 10 (30), 138-142.
- Alcalde, M. (1998). *Nivel de Auto eficacia percibida y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima* (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima.
- Aluja, A. (1997). Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, 47-61.
- American Psychological Association. (2002). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association*. (2a ed.). México: Manual Moderno.
- Apaza, E., Mendoza, E., Zegarra, R., y Yoshiyama, M. (2011). Prevalencia y Características sociodemográficas y laborales relacionadas al Síndrome de Burnout en médicos psiquiatras en un hospital de salud mental. Lima, Perú. 2009. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental “Hermilio Valdizan”*, 12(2), 27-36.
- Arbuckle, J., y Wothke, W. (1999). *AMOS 4 user’s reference guide*. Chicago: Smallwaters Corp.
- Arón, A. M., y Milicic, N. (2000). Desgaste profesional de los profesores y clima social escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 32 (3), 447-466.
- Arranz, P., Torres, J., Cancio, H. y Fernández, F. (1999). Factores de riesgo y de protección en los equipos de tratamiento de los pacientes terminales. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 6, 302-311.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bandura. A. (1987). *Pensamiento y Acción*. Madrid: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1988). Perceived self-efficacy: Exercise of control through self-belief.

- En Dauwalder, J.P., Perrez, M. y Hobi, V. (Eds.), *Annual series of European research in behaviortherapy* (pp. 27-59). Amsterdam: Lisse Swets & Zeitlinger
- Bandura, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy Thought control of action* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1999a). *Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bandura, A. (1999b). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En A. Bandura (Ed.), *Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp. 19-55). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bakker A.B., Schaufeli W.B., Sixma H.J., Bosveld W., y Van Dierendonck D. (2000) Patient demands, lack of reciprocity, and Burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior* 21, 425-441.
- Baessler, J., y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Belloch, S. L., Renovell, V., Calabuig, J. R., y Gómez, L. (2000). Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *Anales de Medicina Interna*, 17 (3), 118-122.
- Benavides P. A., Moreno -Jiménez B., Garroza H. E., y González G. J. (2002). La evaluación específica del Síndrome de Burnout en psicólogos: el "Inventario de Burnout de Psicólogos". *Clínica y Salud*, 13 (3), 257-283.
- Brenlla, M., Aranguren, M., Rossaro, M., y Vásquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia General. *Interdisciplinaria*, 27 (1), 77-94.
- Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W., y Nogareda, C. (2007). Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición. *Nota Técnica de Prevención*, 732, 21ª Serie. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo.
- Buendía, J., y Riquelme, A. (1995). Burnout, factores de estrés y locus de control en un grupo de vigilantes de instituciones penitenciarias. *Ansiedad y Estrés*, 1 (2), 195-204.
- Buunk, B., y Schaufeli, W. (1993). *Burnout: Perspective from social comparison theory*. En W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.

- Byrne, B. (2001). *Structural equation modeling with AMOS. Basic concepts, applications, and programming*. New Jersey: Erlbaum.
- Capel, S. (1987). The incidence of and influence on stress and burnout in secondary school teachers. *British J of Educational Psychology*, 57(3), 279-88.
- Catsicaris, C., Eymann, A., Cacchiarelli, N., y Usandivaras, I. (2007) La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional (Burnout): Un modelo de prevención en la formación médica. *Arch. Argent. Pediatr.*, mayo/jun. 105, 3, 236-240.
- Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M. Rodríguez, C., Pardo, M.J., y Pérez, J.. (2001) Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria* 27, 459-68.
- Clegg, C. (2010). *Síndrome de Burnout o de estrés laboral crónico en el ámbito laboral*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Costa, P., y McCrae, R. (2002). *Inventario de personalidad NEO revisado (NEO PI-R): Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI): manual profesional*. Madrid: TEA.
- Chacón, F., y Vecina. M. (1999). Motivaciones y burnout en el voluntariado. *Intervención Psicosocial*, 8(1), 31-42.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: job stress in the human services*. Beberly Hills: Sage Publications.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of Burnout. En Schaufeli, Marek, Maslash (Eds). *Professional Burnout: recent developments in the theory and research* (pp. 135 – 149). London: Taylor & Francis.
- Da Silva H., Vega, D., y Perez A. (1999) Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional entre los Profesionales Sanitarios de un Hospital General. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(5), 310-320.
- Deary I.J., Watson R., y Hogston R. (2003) A longitudinal cohort study of Burnout and attrition in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 43, 71-81.
- Del Río, O., y Perezagua, M. (2003). El síndrome de burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. *Enfermería en Cardiología*. X (29). Recuperado de <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/res2901.htm>
- Elorza, H. (2000) *Estadística para las ciencias sociales y del comportamiento*. (2a ed.). México: Oxford University press.
- Engler, B. (1996). *Introducción a las teorías de la personalidad*. México: McGraw Hill.

- Evers, W., Brouwers, A., y Tomic, W. (2002). Burnout and self-efficacy: A study on teachers' beliefs when implementing an innovative educational system in the Netherlands. *British Journal of Educational Psychology*, 72, 227-243.
- Farber, B. (1985). Stress and Burnout in suburban teachers. *Journal of educational Research*, 77 (6), 325-331.
- Fernández, M. (2002). Desgaste psíquico (Burnout) en profesores de educación primaria de Lima Metropolitana. *Persona*, 5, 27-66.
- Flores, L. (2004) ¿Estás quemado en el trabajo? *Infojobs.net*. Recuperado de http://www.infojobs.net/contenidos_impresion_final.cfm?id=74669580
- Franco, J., Montoya, D., Montoya, E., Polo, C., y Ramírez, O. (2006). *Síndrome de Burnout y locus de control en el Personal de la clínica universitaria bolivariana de la ciudad de Medellín* (Tesis de grado para optar al título de Psicólogos). Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia.
- Fuertes, J. C., Martínez, O., Cantizano, J. M., Gándara, J., y De la Cruz, M. (1997). Estrés laboral (Burnout) en personal profesional de las Fuerzas Armadas (Estudio de la insatisfacción laboral y sus repercusiones psicopatológicas en suboficiales, oficiales y oficiales superiores del Ejército de Tierra). *Anales de Psiquiatría*, 13 (9), 362-374.
- Gálvez, M., y Mingote, J. (2009). *El desgaste profesional del médico: Revisión y guía de buenas prácticas*. España: Ediciones Díaz de Santos.
- García, M., Sáez, M.C., y Llor, B. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 215-228.
- García, M., Sobrido, N., García, M., Raña, C., y Saleta, L. (1999). El síndrome de burnout en profesionales de enfermería. *Enfermería Científica*, 202-203, 61-67.
- García, C.; C., Meda, R.; Moreno-Jiménez, B., Morante, M., y Castañeda, J. (2008). Prevalencia de Burnout en psicólogos mexicanos. *Revista de la Universidad del Valle de Atemajac*, 55. Recuperado de <http://revista.univa.mx/n55/Art.%20Clelia.html>
- Gil-Monte, P. (1994). *El Síndrome de Burnout: Un modelo multicausal de antecedentes y consecuentes en profesionales de enfermería*. (Tesis Doctoral en Psicología). Universidad de La Laguna. España.
- Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M., y Valcárcel, P. (1995). *A causal model of burnout process development: An alternative to Golembiewski and Leiter models*. Trabajo presentado en el VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional. Győr, Hungría.

- Gil-Monte P., y Peiró J.M.(1997a). A Study on Significant Sources of the “Burnout Syndrome” in workers al occupational centres for the mentally disable. *Psychology in Spain*, 1(1), 55 – 62.
- Gil-Monte P., y Peiró J.M. (1997b). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P., y Peiró J.M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268.
- Gil-Monte, P. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. Recuperado de: <http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/>
- Gil-Monte, P. (2003). Salud Global. *El Psiquiatra*, 4. Recuperado de: www.aulamedica.com/web/psiquiatra/psiquiatra0304.pdf
- Gil-Monte, P. (2005). *El síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Pirámide.
- Gil -Monte P. (2007). *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo: (Burnout): Grupos Profesionales de Riesgo*. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. García-Juesas, J. y Caro, M. (2008). Influencia de la Sobrecarga Laboral y la Autoeficacia sobre el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout) en Profesionales de Enfermería. *Revista Interamericana de Psicología*. 42 (19), 113-118.
- Golembiewski, R., Munzenrider, R., y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioural Science*, 19, 461-481.
- Golembiewski, R., Hilles, R., y Daly, R. (1987). Some effects of multiple OD interventions on burnout and work site features. *Journal of Applied Behavioral Science*, 23(3),295 –313.
- Gomero, R., Palomino, J., Ruiz, F., y Llap C. (2005) El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation: estudio Piloto. *Revista Médica Herediana*, 16(4), 233-238.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230.
- Greenglass, E., Pantony, K.L., y Burke, R.J. (1988). A gender-role perspective on role conflict, work stress and social support. *Journal of Social Behavior and Personality*, 3, 317-328

- Greenglass, E. R. (1991). Burnout and gender: Theoretical and organizational implications. *Canadian Psychology*, 32 (4), 562-568.
- Greenglass E.R., Burke R.J., y Konarski R. (1998) Components of Burnout, resources, and gender-related differences. *Journal of Applied Social Psychology*, 28, 1088-1106.
- Guillén, J., y Santamaría, E.(1999). Evaluación del nivel de Burnout en una muestra de trabajadores del área de tratamiento de un Centro Penitenciario. *Revista Española Sanip Penit*, 1, 68-72.
- Harrison, W. (1983). A social competence model of burnout. En Farber, B. (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 29-39). New York: Pergamon Press.
- Hart, P., y Cooper, C. (2001). Occupational stress: Toward a more integrated framework. En N. Anderson, D.S. Ones, H.K. Sinagil & C. Viswesvaran (Eds.). *Handbook of Industrial Work and Organizational Psychology (Volume 2: Organizational Psychology)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. (3ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Hernández-Vargas, C., Juárez, A., Arias, F., y Dickinson, Ma. (2008). *Factores psicosociales predictores de Burnout en trabajadores del sector salud en atención primaria*. Memorias del foro de las Américas en Investigación sobre factores psicosociales: Estrés y Salud Mental en el trabajo.
- Hernández, G., y Olmedo, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (Burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*. 22(1), 121-136.
- Hobfoll, S., y Freedy, J. (1993). Conservation of re-sources: A general stress theory applied to burnout. En Schaufeli, W., Maslach, C. y Marek, T (Eds.) *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor & Francis.
- Instituto Salud y Trabajo (2011). *Diagnóstico Situacional en Seguridad y Salud en el Trabajo – Perú*. Lima: MINSA-DIGESA.
- Johansson, B., Grant, J., Plomin, R., Pedersen, N. L., Ahern, F., Berg, S., y McClearn, G. E. (2000). Health locus of control in late life: A study of genetic and environmental influences in twins 80 and older. *Health Psychology*, 20, 33-40.
- Kasl, S.V. (1989). *An epidemiological perspective on the rol of control in health. Job control and worker health*. Chichester: Wiley.

- Kerlinger, F., y Lee, H. (2001). *Investigación del comportamiento*. México: Mc Graw Hill.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lee, R., y Ashforth, B. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 75, 743-747.
- Leiter, M.P., y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others distinction within concept of internal vs. external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.
- Litt, M. D. (1988). Self-efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 149-160.
- Llaja, V., Sarriá, C., y García, P. (2007). *MBI Inventario "Burnout" de Maslach & Jackson. Muestra Peruana*. Lima: Centro Interdisciplinario en Neuropsicología.
- López, J. J. (1996). El desgaste ocupacional en el personal sanitario que trabaja con enfermos afectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Folia Neuropsiquiátrica*, 31, 39-55.
- López, H. (2011). *Sacerdocio y Burnout: El desgaste de la vida sacerdotal*. Colombia: Editorial San Pablo.
- Lozano, L., Cañadas, G., Martín, M., Pedrosa, I., Cañadas, G., Suárez, J., Vargas, C., San Luis, C., Sánchez, V., Martín, M.E., Pérez, B., Álvarez, J., García, E. y De la Fuente, E. (2008). Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos profesionales. *Aula Abierta*, 36(1, 2), 79-88.
- Mahoney, M. (1988). Psicoterapia y procesos de cambio humano. En M. Mahoney y y A. Freeman (comp.), *Cognición y psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Manassero, A., García, E., Vásquez, A., Ferrer, V., Ramis, C., y Gil, M. (2000) Análisis causal del Burnout en la enseñanza. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 173-195.
- Manso, S. (2006). *El Síndrome de Burnout en los trabajadores de Salud*. (Trabajo Especial de Grado). Universidad Católica Andrés Bello. Caracas.
- Manzano, G., y Ramos, F.(2000): Enfermería hospitalaria y síndrome de burnout. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16 (2), 197-213.
- Manzano, G. (2001). Estrés crónico laboral asistencial (burnout) en las administraciones públicas. *Revista Dirección y Organización*, 25, 148-159.

- Martínez, A., y Del Castillo, C. (2003). Estudio sobre la prevalencia del burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. *Revista de Atención Primaria*, 32 (6), 343-348.
- Martínez, J. (2004). *Estrés Laboral. Guía para empresarios y empleados*. Madrid: Prentice Hall.
- Martínez, A. (2010). El Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Martínez, P. y Cassarreto, M. (2011). Validación del Inventario de los Cinco Factores NEO-FFI en español en estudiantes universitarios peruanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 28 (1), 63-74.
- Maslach C., y Pines, A. (1977). The Burnout síndrome in the day care setting. *Child care Quarterly*, 6, 100-113.
- Maslach, C. (1982). *The cost of coping*. New York: Prentice Hall Press.
- Maslach C., y Jackson S.E. (1981). *MBI Inventario Burnout de Maslach. Manual*. Palo Alto California: Consulting Psychologist Press.
- McCombs, B. (1991). *Metacognition and motivation in higher level thinking*. Paper presentado en la reunion anual de la American Educational Research Association, Chicago, IL.
- McIntyre, T. (1984). The relationship between locus of control and teacher Burnout. *The British Journal of Educational Psychology* 54(2), 235-238.
- Morales, J., Moya, M., Reboloso, E., Fernández, J., Huici, C., Márquez, J., Páez, D., y Pérez, J. (1994). *Psicología Social*. Madrid: Mc Graw Hill.
- Morales, F. G., Pérez, E. J., y Menares, N. M. (2003). Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1), 9-25.
- Nunnally, J., y Bernstein, I. (1991) *Teoría Psicometrica*. México: McGraw-Hill collage.
- Olmeda, M., García, I., y Morante, L. (1998). Burnout en profesionales de Salud Mental. *Anales de Psiquiatría*, 14(2), 48-55.
- Olmedo, E., y Hernández, G. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome del "estar quemado" (Burnout) y su relación con la personalidad *Apuntes de Psicología*, 22(1).
- Párraga, J. (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura. Cáceres, España.

- Pierce C.M., y Molloy, G.N. (1990). Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout. *British Journal of Educational Psychology*, 37 – 51.
- Pines A., Aronson E, y Kafry D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.
- Pines, A., y Aronson, E. (1988). *Career Burnout: causes and cures*. New York: The Free Press.
- Pines, A. (1993). Burnout: An existential perspective. En W. B. Schaufeli, D. Maslach, y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Research developments in theory and research*. Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Quinceno, J., y Vinaccia, S. (2007). Burnout: “síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)”. *Acta Colombiana de Psicología* 10(2), 117-125.
- Rodríguez, R., y De Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y seguridad del trabajo*, 57 (Suplemento 1), 1-262
- Roe R. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo? *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 24(86) (Setiembre - Diciembre 2003) . Recuperado de: <http://www.cop.es/papeles/imprimir.asp?id=1108> el 13 de abril 2004.
- Rojas, A. (1986). *Dimensiones de Extraversión-Introversión. Estabilidad-Neuroticismo en adolescentes que estudian en colegios de la Guardia Civil de Lima, comparación de los hijos de policías e hijos de civiles*. (Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología). Universidad San Martín de Porres. Lima, Perú.
- Román H. J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*. 29 (2), 103-10.
- Roth, E., y Pinto, B. (2010). Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Ajayu*, 8(2), 62-100.
- Salanova, M., Schaufeli, W., Llorens, S., Peiró, J., y Grau, R. (2000). Desde el "burnout" al "engagement": ¿una nueva perspectiva?. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16(2), 117-134.
- Sánchez, H., y Reyes, C. (2009). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima: Editorial Visión Universitaria.
- Schaufeli, W.B., y Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa, M.E., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G.D., y Pedrón, V. (2010) Modelo Psicobiológico de la Personalidad de Eysenck:

- Una Historia Proyectada hacia el Futuro. *Revista Internacional de Psicología, Buenos Aires, 11(2)* 32-41.
- Scholz, U., Gutiérrez-Doña, B., Sud, S., y Schwarzer, R. (2002). Is General SelfEfficacy a universal construct? Psychometrics findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment, 18(3)*, 242-251.
- Slipak, O. (marzo, 1996). Estrés y perfiles de personalidad. *Alcmeón Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiática, 4(16)*, Recuperado de http://www.alcmeon.com.ar/4/16/a16_06.htm
- Tang, S., Wing-Tung, A., Schwarzer, R., y Schmitz, G. (2001). Mental health outcomes of job stress among chinese teachers: role of stress resource factors and burnout. *Journal of Organizational Behavior, 22*, 887-901.
- Tobie, W., y Nava, J. (2012). Burnout, su impacto en la residencia médica y en la atención de los pacientes. *Revista Mexicana de Anestesiología, 35(Supl. 1)*, 233-237.
- Vandenberghe, R., y Huberman, A.M. (1999). *Understanding and preventing teacher burnout: A sourcebook of international research and practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Villarroel, M. (2005). *Efecto de estilos de afrontamiento, locus de control y características socio-demográficas en el desarrollo del síndrome de agotamiento laboral*. (Tesis de Maestría en psicología clínica). Universidad Rafeael Urdaneta. Maracaibo, Venezuela.
- Wiedefeld, S., U'Leary, A., Bandura, A., Brown, S., Levine, S., y Raska, K. (1990). Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *Journal of Personality y and Social Psychology, 59*, 1082-1094.
- Winnubst, J. (1993) Organizational structure, social Support and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. (Eds). *Professional burnout: recent Developments in Theory and research*. London: Taylor and Francis.
- Yan, C., y Tang, S. (2003). The role of individual, interpersonal and organizational factors in mitigating burnout among elderly Chinese volunteers. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*, 795-802.
- Zaldúa, G., y Lodieu, M.T. (2001). El Burnout: la salud de los trabajadores. *Investigaciones en Psicología, Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, UBA, 5(1)*, 151-169.

ANEXOS

Anexo A: Inventario de Burnout de Maslach

Anexo B: Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO FFI)

Anexo C: Escala de Locus de control de Levenson

AnexoD: Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer

ANEXO A

Inventario de Burnout de Maslach

Instrucciones

Las siguientes son una serie de afirmaciones sobre actitudes. Cada una de ellas representa una opinión comúnmente sostenida. No existen respuestas correctas o erróneas. Probablemente usted esté de acuerdo con algunas de ellas y en desacuerdo con otras. Estamos interesados en saber que tanto usted está de acuerdo o en desacuerdo con estas cuestiones.

Lea cuidadosamente cada afirmación e indique cuanto está usted de acuerdo o en desacuerdo con ellas según 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

La primera idea es generalmente la mejor, lea cada afirmación y decida cuan de acuerdo o en desacuerdo está y responda conforme a ello.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Me siento cansado al final de la Jornada de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.	0	1	2	3	4	5	6

5. Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales.	0	1	2	3	4	5	6
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.	0	1	2	3	4	5	6
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.	0	1	2	3	4	5	6
8. Me siento exhausto por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
9. Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en las vidas de los demás.	0	1	2	3	4	5	6
10.Me he vuelto muy Insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	0	1	2	3	4	5	6
11.Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
12.Me siento muy activo.	0	1	2	3	4	5	6
13.Me siento frustrado en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
14.Creo que estoy trabajando demasiado.	0	1	2	3	4	5	6
15.No me preocupa realmente lo que le ocurre a algunas personas a las que le doy servicio.	0	1	2	3	4	5	6
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.	0	1	2	3	4	5	6
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio.	0	1	2	3	4	5	6

18.Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas.	0	1	2	3	4	5	6
19.He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.	0	1	2	3	4	5	6
20.Me siento acabado.	0	1	2	3	4	5	6
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	0	1	2	3	4	5	6
22.Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO B

Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO FFI)

Instrucciones

Por favor lea todas las instrucciones cuidadosamente antes de comenzar. Marque todas sus respuestas.

Este cuestionario contiene 60 afirmaciones. Lea cada una cuidadosamente y haga una “X” en el recuadro asignado según la respuesta que corresponda mejor.

TD D N A TA

Marque “TD” si está totalmente en desacuerdo con la afirmación o si considera que no se aplica en absoluto a su forma de ser. X

Marque “D” si está en desacuerdo con la afirmación o si considera que no se aplica en general a su forma de ser. X

Marque “N” si la afirmación es casi igualmente cierta o falsa, si usted no **puede** decidirse, o si es **neutral** en cuanto a la afirmación. X

Marque “A” si está de acuerdo con la afirmación o si considera que es casi todo cierta o si coincide en general con ella. X

Marque “TA” si está totalmente de acuerdo con la afirmación o si considera que se aplica totalmente a su forma de ser. X

No hay respuestas buenas o malas y usted no tiene que ser un (a) experto(a) para completar el cuestionario. Descríbase sinceramente y presente sus opiniones lo más preciso posible.

Responda a todas las afirmaciones. Por favor asegurarse que todas sus respuestas estén marcadas en el lugar correctamente numerado. Si comete un error o si cambia de opinión: NO BORRE, tache totalmente la respuesta y consigne una “X” y después dibuje un círculo sobre la respuesta correcta.

	T D	D	N	A	T A
1. Con frecuencia me siento inferior a los demás.					
2. Soy una persona alegre y de buen ánimo.					
3. Algunas veces, cuando estoy leyendo poesía o mirando una obra de arte, siento un escalofrío o una ola de excitación.					
4. Tiendo a suponer lo mejor de la gente.					
5. Parece que nunca puedo ser capaz de organizarme.					
6. Raramente me siento atemorizado(a) o ansioso (a).					
7. Verdaderamente disfruto hablando con las personas.					
8. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.					
9. A veces intimido o adulo a las personas para que hagan lo que yo quiero.					
10. Tengo un claro conjunto de metas y trabajo con dirección a ellas en forma ordenada.					
11. Algunas veces me vienen a la mente pensamientos atemorizantes.					
12. Disfruto de las fiestas en las que hay mucha gente.					
13. Tengo una amplia gama de intereses intelectuales.					
14. A veces engaño a la gente para que haga lo que yo quiero.					
15. Trabajo duro para conseguir mis objetivos.					
16. Algunas veces me siento completamente					

sin valor.					
17. No me considero especialmente alegre.					
18. Estoy intrigado por los patrones que encuentro en el arte y en la naturaleza.					
19. Si alguien comienza una pelea estoy listo (a) para contraatacar.					
20. Tengo mucha autodisciplina.					
21. Algunas veces las cosas se ven poco claras y sin esperanzas.					
22. Me gusta tener muchas personas alrededor.					
23. Me aburren los argumentos filosóficos.					
24. Cuando he sido insultado, sólo trato de perdonar y olvidar.					
25. Siempre considero las consecuencias antes de actuar.					
26. Cuando estoy con mucho estrés, algunas veces siento como si me hiciera pedazos.					
27. No soy tan rápido ni lleno de vida como otros.					
28. Tengo una vida de fantasía muy activa.					
29. Mi primera reacción es la de confiar en la gente.					
30. Trato de realizar los trabajos con cuidado para que no haya que hacerlos otra vez.					
31. Con frecuencia me siento tenso (a) y sobresaltado (a).					
32. Soy una persona muy activa.					
33. Disfruto concentrándome en una fantasía o un ensueño, explorando todas sus posibilidades, dejándolas crecer y desarrollarse.					
34. Algunas personas piensan que soy frío					

(a) y calculador (a).					
35. Me esfuerzo por alcanzar un nivel de excelencia en todo lo que hago.					
36. A veces me he sentido amargado y resentido.					
37. En las reuniones, usualmente dejo a los otros hablar.					
38. Tengo poco interés en especular sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.					
39. Tengo mucha fe en la naturaleza humana.					
40. Soy eficiente y efectivo (a) en mi trabajo.					
41. Soy muy estable emocionalmente.					
42. Evado el tumulto.					
43. Con frecuencia pierdo el interés cuando la gente habla de temas muy abstractos y teóricos.					
44. Trato de ser humilde.					
45. Soy una persona productiva que siempre cumple con el trabajo.					
46. Raras veces estoy triste o deprimido (a).					
47. Algunas veces desborde de felicidad.					
48. Experimento una amplia gama de emociones y sensaciones.					
49. Pienso que muchas de las personas con las que trato son honestas y confiables.					
50. En ocasiones actúo primero y pienso después.					
51. Algunas veces hago cosas impulsivamente que después lamento.					
52. Me gusta estar dónde está la acción.					
53. Con frecuencia pruebo comidas nuevas y					

extranjeras.					
54. Puedo ser sarcástico (a) y cortante cuando necesito serlo.					
55. Hay muchos trabajos pequeños que necesitan realizarse que algunas veces simplemente los ignoro.					
56. Me cuesta mucho enojarme.					
57. No siento mucho placer en charlar con la gente.					
58. Raramente siento emociones fuertes.					
59. No siento ninguna compasión por los limosneros.					
60. Con frecuencia me meto a situaciones para las que no estoy completamente preparado.					

ANEXO C

*Escala de Locus de control de Levenson***Instrucciones**

A continuación encontrará una serie de afirmaciones. Cada una representa una opinión comúnmente sostenida. No existen respuestas correctas o incorrectas. Usted probablemente estará de acuerdo con algunas afirmaciones y en desacuerdo con otras. Estamos interesados en la medida en la que usted está de acuerdo o en desacuerdo con estas afirmaciones.

Lea cada afirmación cuidadosamente e indique el grado en el cual usted está de acuerdo o en desacuerdo usando las siguientes respuestas:

	TA	A	LA	LD	D	TD
Totalmente de Acuerdo	X					
De Acuerdo		X				
Ligeramente de Acuerdo			X			
Ligeramente en Desacuerdo					X	
En Desacuerdo					X	
Totalmente en Desacuerdo						X

La primera impresión es usualmente la mejor. Lea cada afirmación y decida si está de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación y la fuerza de su opinión y responda de acuerdo a ello.

Si usted encuentra que las opciones de respuesta no reflejan adecuadamente su opinión escoja la respuesta más cercana a lo que usted piensa.

	TA	A	LA	LD	D	TD
1. El que yo llegue a ser un líder depende principalmente de mis habilidades.						
2. Mi vida ha sido influenciada en gran medida por sucesos inesperados.						
3. Yo siento que lo que pasa en mi vida está muy determinado por la gente que tiene poder (padres, jefes, políticos).						
4. El hecho de tener un accidente cuando voy manejando depende principalmente de mí mismo.						
5. Cuando hago planes, estoy casi seguro de que los llevaré a cabo.						
6. Ciertamente, a veces no puedo evitar tener mala suerte en mis asuntos personales.						
7. Como yo tengo buena suerte siempre las cosas me salen bien.						
8. A pesar de estar bien capacitado, no conseguiré un buen empleo a menos que alguien influyente me ayude.						
9. La cantidad de amigos que tengo está determinada por mi propia simpatía.						
10. He descubierto que si algo va a suceder, ello sucede independientemente de lo que haga.						
11. Yo creo que los ricos y políticos controlan mi vida de muchas maneras diferentes.						
12. Si tengo un accidente automovilístico ello se debe a mi mala suerte.						
13. La gente como yo tiene muy poca oportunidad de defender sus intereses personales cuando esos intereses están en conflicto con los grupos poderosos (ricos, políticos).						

<p>14.No siempre es apropiado para mi planear muy adelantado porque de todas maneras muchas cosas resultan ser asunto de buena o mala suerte.</p>						
<p>15.En este país para uno lograr lo que quiere necesariamente tiene que adularle a alguien.</p>						
<p>16.El que yo llegue a ser un líder dependerá de la suerte que yo tenga.</p>						
<p>17.Yo siento que la gente que tiene algún poder sobre mí (padres, familiares, jefes, trata de decidir lo que sucederá en mi vida).</p>						
<p>18.En la mayoría de los casos yo puedo decidir lo que sucederá en ml vida.</p>						
<p>19.Normalmente soy capaz de defender mis intereses personales.</p>						
<p>20.Si tengo un accidente cuando voy manejando toda la culpa es del otro conductor.</p>						
<p>21.Cuando logro lo que quiero es porque he trabajado mucho en ello.</p>						
<p>22.Cuando quiero que mis planes me salgan bien los elaboro de manera que complazcan a la gente que tiene influencia sobre mí (padres, jefes).</p>						
<p>23.Mi vida está determinada por mis propias acciones.</p>						
<p>24.Tener pocos o muchos amigos depende del destino de cada uno.</p>						

ANEXO D

*Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer***Instrucciones**

A continuación encontrará una lista de afirmaciones. Por favor indique para cada caso, en qué medida está o no de acuerdo con la frase. Existen cuatro respuestas posibles:

	CD	D	A	CA
Completamente en desacuerdo	X			
En desacuerdo		X		
De acuerdo			X	
Completamente de acuerdo				X

	CD	D	A	CA
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.				
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.				
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.				
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.				
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.				
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de				

manejarlo.				
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.				
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.				
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.				