



UCA

Pontificia Universidad Católica Argentina
Facultad "Teresa de Ávila"

TRABAJO DE INTEGRACIÓN FINAL

“Relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de la provincia de Entre Ríos”.

Carrera: Licenciatura en Psicología.

Alumno: Federico Lionel Demartini.

Director: Dr. Santiago Resett.

Paraná, 2023.

ÍNDICE.

ÍNDICE.....	1
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	2
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.....	3
RESUMEN.....	4
1.INTRODUCCIÓN.....	6
2.MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. Antecedentes (estado del arte).....	13
2.2. Síndrome de Burnout.....	23
2.3. Estrés.....	34
2.4. Estrategias de afrontamiento del estrés.....	43
2.5. Profesionales de enfermería.....	55
3.MARCO METODOLÓGICO.....	67
4.ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	74
4.1. Análisis de Estrategias de afrontamiento:.....	75
4.2. Análisis de dimensiones del Síndrome de Burnout.....	77
4.3. Análisis de la correlación entre Estrategias de Afrontamiento y Síndrome de Burnout.....	83
5.DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.....	86
5.1. Discusión.....	87
5.2. Conclusión.....	99
5.3. Limitaciones.....	102
5.4. Recomendaciones.....	104
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	106
ANEXOS.....	114

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.

Tabla 1.1 Género de la Muestra.....	69
Tabla 1.2 Datos estadísticos sobre la edad y años de trabajo	69
Tabla 2 Media de Estrategias de Afrontamiento	76
Figura 1 Puntajes medios de estrategias de afrontamiento	76
Tabla 3.1 Media de dimensiones del Síndrome de Burnout.....	77
Figura 2.1 Puntajes medios de niveles de dimensiones de Burnout	78
Tabla 3.2 Niveles de Agotamiento Emocional	78
Figura 2.2 Frecuencias de niveles de Agotamiento Emocional.....	79
Figura 2.3 Porcentajes de niveles de Agotamiento Emocional.	79
Tabla 3.3 Niveles de Despersonalización	80
Figura 2.4 Frecuencias de niveles de Despersonalización.....	80
Figura 2.5 Porcentajes de niveles de Despersonalización.	81
Tabla 3.4 Niveles de Realización Personal.....	81
Figura 2.6 Frecuencias de niveles de Realización Personal.	82
Figura 2.7 Porcentajes de niveles de Realización Personal	82
Tabla 4 Correlaciones entre Estrategias de Afrontamiento y dimensiones del Síndrome de Burnout.....	84

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS.

A mi madre, mi padre y mi hermano por haberme apoyado y aconsejado a lo largo de este trayecto con amor y paciencia.

A mi mejor amiga Rosario Lamberti por haber escuchado y aguantado todas mis constantes quejas y preocupaciones, ante las cuales siempre ofreció mensajes positivos junto a visiones de un futuro optimista.

A mi director de tesis Dr. Santiago Resett por brindarme su increíble experiencia, amabilidad, conocimientos y tiempo en despejar mis dudas permitiendo que logre el mejor trabajo posible.

A la directora Mgtr. María Paula Nesa por su ayuda indispensable y cordial para acceder a la muestra.

A todos los profesionales de enfermería que respondieron con respeto, diligencia y mucho esmero los cuestionarios.

Y a todas las personas que me brindaron el más mínimo gesto de asistencia, ayuda o bondad en la realización de este proyecto, les agradezco muy cordialmente.

RESUMEN.

El presente trabajo tuvo el objetivo de describir los tipos de estrategias de afrontamiento presentes y su relación con los niveles de las dimensiones indicadoras del síndrome de burnout en el personal de enfermería de la provincia de Entre Ríos, teniendo como hipótesis principal que a mayor nivel de Estrategias de Afrontamiento centradas en el problema se daría un menor nivel en las dimensiones del Síndrome de Burnout y que a mayor nivel de Estrategias de Afrontamiento centradas en la emoción se encontraría un mayor nivel en las dimensiones del Síndrome de Burnout. La muestra estuvo compuesta por 63 profesionales de enfermería de ambos sexos que estuvieron trabajando como personal de enfermería en instituciones públicas y privadas de la provincia de Entre Ríos con un mínimo de 1 año y 8 meses de experiencia trabajando en la profesión. Con este propósito se llevó a cabo una investigación de tipo descriptivo correlacional, utilizando la versión adaptada por Richaud de Minzi y Sacchi (2001) del Ways of Coping Questionnaire (WCQ) con 67 ítems de Lazarus y Folkman (1988b, como se citó en Lazarus, 2000) y el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey versión (MBI-HSS) de Maslach et al. (1986, como se citó en Gilla et al., 2019) de 22 ítems. El modelo para clasificar las estrategias de afrontamiento utilizado fue el de Billings y Moos (1981; Moos y Billings, 1982) que distingue entre estrategias centradas en el problema, en la emoción y en la evaluación. Y para calificar los puntajes de las dimensiones del síndrome de burnout se utilizó el criterio de Neira (2004 como se citó en Ceccoli, 2022). La recolección de datos se realizó en un principio de manera virtual a partir de formularios online, obteniendo así aproximadamente la primera mitad de los casos entrevistados, a lo que luego se procedió a obtener el resto de la muestra a partir de entrevistas presenciales. A continuación se registraron las respuestas a los cuestionarios y con el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23 se llevaron a cabo: análisis descriptivos sobre los datos demográficos de la muestra, análisis de estadística descriptiva sobre las diversas medidas de estrategias de afrontamiento, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, y por último para estudiar la relación existente entre dichas variables se llevó a cabo el análisis estadístico diferencial a través del Coeficiente r de Pearson. Debido a la falta de respuestas a determinados ítems de ambos cuestionarios utilizados en distintos casos, se resolvió completar los datos faltantes a partir del criterio de moda de las respuestas, de manera que en casos de ítems sin contestar

se colocó la respuesta más frecuentemente dada por la mayoría de los sujetos entrevistados en esta muestra. Los resultados indican que la Despersonalización se correlacionó positivamente de manera significativa con las estrategias de Descarga Emocional y Evitación Cognitiva, y que la Realización Personal se correlacionó positivamente de manera significativa con la variable de Redefinición Cognitiva. Se concluye que se verifica sólo parcialmente la hipótesis, ya que si bien se encontró una relación significativa entre una estrategia centrada en la emoción (Descarga Emocional) y una dimensión del síndrome de burnout (Despersonalización), no se obtuvo ninguna asociación significativa entre dimensiones de burnout y las estrategias centradas en el problema. La falta de relación entre las estrategias de afrontamiento centrado en el problema con las dimensiones de burnout, a pesar de la diversidad de trabajos anteriores que indican una asociación entre estas variables y el uso con mayor frecuencia de estas estrategias en los profesionales de enfermería, se supone que podría indicar que durante el contexto de pandemia estos profesionales necesitaron diversificar su usual patrón de afrontamiento encontrando más funcional o eficaz el uso de estrategias de otro tipo de afrontamiento. También se observaron relaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento centrado en la evaluación con las dimensiones del síndrome, que al coincidir con resultados de otras investigaciones indican la importancia de estrategias de este tipo de afrontamiento en su relación con el desarrollo del burnout o como posible factor protector contra el mismo. Por último, las estrategias consideradas funcionales se asociaron con mayores niveles de Realización Personal, implicando que tendrían un rol protector hacia el síndrome, así como que las estrategias que generalmente resultan disfuncionales presentaron una asociación positiva con mayores grados de Despersonalización, indicando un posible papel en el desarrollo del síndrome.

INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. Planteo del problema.

Aun cuando cumplen una función de primaria importancia en la sociedad como el cuidado y acompañamiento integral de las personas que padecen en hospitales y centros de salud, se ha reportado que el personal de salud asistencial atraviesa diariamente niveles altos de estrés crónico que los convierte en uno de los mayores grupos de riesgo para desarrollar trastornos asociados al estrés, como el síndrome de burnout (Mingote Adán y Pérez García, 2013).

El estrés laboral crónico que atraviesan estos profesionales no tiene una causa única sino múltiples asociadas a las propias características de la profesión, como del entorno de las instituciones y organizaciones, del trabajo clínico y de los factores personales de riesgo (Mingote Adán y Pérez García, 2013).

Sumado a todas estas condiciones propias de la profesión del personal de enfermería y su ambiente de trabajo que generan estrés, también se suman las condiciones extenuantes que tuvieron que enfrentar durante el contexto de pandemia por el virus Covid-19. Por un lado, porque al tener un trato directo y extenuado con los pacientes corrían mayores riesgos de contagiarse, y por otro debieron hacer frente a la carga emocional de trabajar con pacientes y sus familias en situaciones críticas (Almiray-Soto, 2020; Fuentes-Bermudez, 2020). En la mayoría de los países afectados por la pandemia el personal de salud, en especial el personal de enfermería, registraron presentar síntomas asociados a la ansiedad, depresión, el estrés y alteraciones del sueño (Bueno Ferrán, 2021).

Este estrés al que se ven expuestos el personal sanitario por las condiciones propias de su profesión y por el contexto de pandemia de Covid-19 puede entenderse desde la definición de Lazarus y Folkman (1984) como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar” (p.43).

Justamente estos recursos conductuales y cognitivos dinámicos y cambiantes que las personas utilizarían para responder o minimizar las demandas desbordantes a estos eventos, tanto internos como externos, que se perciben como amenazantes son lo que Lazarus y Folkman (1984) denominan como afrontamiento.

Pueden distinguirse dos tipos de afrontamiento según Lazarus y Folkman (1984), el centrado en el problema que busca disminuir la sensación de estrés modificando la

situación del medio que causa el desbordamiento, y el afrontamiento centrado en la emoción que se dirige a controlar las consecuencias emocionales producidas por la situación que genera estrés. Billings y Moos (1981) y Moos y Billings (1982) añaden a esta clasificación un tipo centrado en la evaluación donde se modifica la forma de interpretar el conflicto desbordante para reducir las consecuencias de este.

Además de estos tipos de afrontamiento se puede distinguir entre estrategias de afrontamiento, los procesos específicos para hacer frente a la situación y que pueden variar según cada contexto y las condiciones que den lugar a la situación estresante, y los estilos de afrontamiento, que son las tendencias personales del sujeto para enfrentarse a las situaciones y determinan que tienda a usar un tipo de estrategia de afrontamiento sobre otra (Fernández-Abascal 1997 citado en Martín Díaz et al., 1997). Estas estrategias pueden ser disfuncionales, reduciendo temporalmente el estrés, pero produciendo a largo plazo consecuencias negativas para la salud, o pueden ser funcionales, reduciendo el estrés y promoviendo la salud a largo plazo (Martín Díaz et al, 1997).

El Síndrome de Burnout se desarrolla como una respuesta al estrés laboral crónico y consiste en una experiencia subjetiva negativa constituida por emociones, cogniciones y actitudes negativas dirigidas hacia el trabajo, el rol profesional y hacia las personas con las que se relaciona en el individuo en su trabajo (Gil-Monte 2005). Se lo podría definir como: “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad” (Gil Monte 2005, p.45).

Debido a que, como menciona Gil Monte (2005), este síndrome ha sido ampliamente estudiado en poblaciones de profesionales de organizaciones de servicios que desarrollan sus funciones en un directo y estrecho contacto con los sujetos o clientes que acuden a esas organizaciones, entre los cuales se incluiría el personal de enfermería que trabajan en relación cercana con los pacientes, se han realizado varias investigaciones que estudian este síndrome en estos profesionales tanto a nivel internacional (Farrerons y Francés, 2008; Albaladejo et al 2004; Vega et al 2017) como nacional (Hernández Gijón et al 2014; Tourigny et al, 2019).

Y distintos autores e investigaciones apuntan a que los tipos de afrontamiento desadaptativos llevarían al desarrollo del síndrome. Gil Monte (2005) afirma que el síndrome se presenta progresivamente cuando el sujeto, para protegerse del estrés laboral, usa afrontamientos pocos funcionales y adaptativos. Siguiendo en esta línea, Jenaro et al (2007) investigando los tipos de estrategias y su relación con el síndrome de burnout en

la población de trabajadores de servicios humanos encontraron que los sujetos que presentaban niveles bajos de burnout tendían a usar con más frecuencia estrategias activas orientadas al problema en vez de estrategias orientadas sobre las emociones que resultan más pasivas. Enfocando esta relación en la población específica del personal de salud asistencial, Ceslowitz (1999, como se citó en Hernández Zamora et al., 2004) indica que las enfermeras que frecuentemente emplean afrontamientos de carácter activo dirigidos al problema presentaron menores niveles de burnout.

Así las investigaciones indican que las estrategias centradas en la emoción son utilizadas con mayor frecuencia en sujetos que padecen niveles altos de burnout en comparación con los sujetos que utilizan estrategias centradas en el problema. Por otro lado no se han desarrollado muchos estudios sobre la relación de las estrategias de afrontamiento centrado en la evaluación y el síndrome de burnout, investigaciones como la de Popp (2008) y Sapetti y Toso Aguilar (2017) han hallado correlaciones entre estas estrategias con las tres dimensiones que componen el síndrome, aunque los resultados encontraron que algunas de estas estrategias se correlacionan con menores niveles en las dimensiones de burnout mientras que otras se vinculan con mayores niveles de burnout, presentando la necesidad de investigar las mismas en mayor profundidad.

Aun cuando varios autores apuntan a esta relación importante entre estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout no ha habido suficiente investigación sobre esta asociación en una población argentina de profesionales en enfermería. En la provincia de Entre Ríos solo se cuenta con estudio preliminar por Popp (2008) que encontró que las enfermeras que frecuentemente utilizaban tipos de afrontamiento menos funcionales experimentaban un mayor nivel de las dimensiones del síndrome de burnout. Pero estos resultados no son concluyentes debido a que la muestra poblacional utilizada para el estudio es demasiado pequeña, poniendo de relieve la importancia de realizar un estudio posterior con una muestra mayor.

A partir de esta perspectiva que indica que los tipos de afrontamiento orientados hacia el problema así como las estrategias identificadas como generalmente funcionales podrían ser un factor de protección que reduzca la gravedad de los niveles de síndrome de burnout en la población de personal de salud asistencial, el cual tendría una incidencia directa en la calidad de trato y cuidados que estos brindan, surge el interés de realizar una investigación con una muestra poblacional significativa del personal de enfermería de la provincia de Entre Ríos.

1.2. Preguntas de investigación.

¿Existe una asociación significativa entre las estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de síndrome de burnout en el personal de enfermería de la provincia de Entre Ríos?

1.3. Justificación del estudio o la investigación.

Después de haber planteado el problema, realizado la revisión bibliográfica y haber planteado la relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout, se pone de manifiesto la necesidad de realizar un estudio que describa esta relación en el personal de enfermería de Entre Ríos, de forma que las conclusiones obtenidas sirvan de base para la formulación a nivel organizacional de medidas que permitan prevenir o actuar sobre la incidencia de síndrome de burnout en el personal de salud.

1.4. Objetivos de la investigación.

1.4. 1. Objetivo general.

Describir los tipos de estrategias de afrontamiento presentes y su relación con los niveles de las dimensiones indicadoras del síndrome de burnout en el personal de enfermería de la provincia de Entre Ríos.

1.4.2. Objetivos específicos.

Describir los niveles de estrategias de afrontamiento presentes en el personal de enfermería de la provincia de Entre Ríos.

Describir niveles de las dimensiones indicadoras del síndrome de burnout en el personal de enfermería de la provincia de Entre Ríos.

Identificar si existe una relación significativa entre los niveles de las estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de síndrome de burnout en el personal de enfermería de la provincia de Entre Ríos.

1.5. Hipótesis.

A mayor nivel de Estrategias de Afrontamiento centradas en el problema (Requerimiento de Información, Gratificación Alternativa y Acción), menor nivel en las dimensiones del Síndrome de Burnout. Y a mayor nivel de Estrategias de Afrontamiento

centradas en la emoción (Aceptación con Resignación, Control Afectivo y Descarga Emocional), mayor nivel en las dimensiones del Síndrome de Burnout.

MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. Antecedentes (estado del arte)

En las últimas décadas diversos investigadores han estudiado la relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento. A continuación, se exponen investigaciones que han examinado esta relación junto a otros aspectos en poblaciones de profesionales de enfermería y otras similares. Se comenzará primero por exponer una investigación de meta-análisis para poder apreciar los resultados generales alcanzados por múltiples investigaciones, para luego continuar con exponer los resultados hallados por investigaciones internacionales específicas, para finalmente discutir las conclusiones alcanzadas por investigaciones en poblaciones argentinas.

Shin et al (2014) condujeron un meta-análisis de 36 investigaciones con el fin de estudiar la relación de las tres dimensiones de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) con las estrategias de afrontamiento con una población conjunta de 9,729 personas pertenecientes a distintas poblaciones: proveedores de servicio, enfermeras, psicólogos, estudiantes de secundaria, maestros, sacerdotes, empleados de gobierno, practicantes de servicios humanos, personal que trabaja con abusadores de sustancias, personal terapéutico, entrenadores deportivos y profesores de educación física, personal de universidad, médicos, personal psicosocial, agentes de extensión, padres, personal de policía, empleados, gerentes, trabajadores de emergencia, personal de corporación farmacéutica, estudiantes de enfermería, consejeros y consejeros escolares. Para la búsqueda de los artículos utilizaron las bases de datos de ERIC, MEDLINE, Web of Science, and PsycINFO, excluyendo aquellos artículos que no midieran las dimensiones del burnout con el instrumento de Maslach Burnout Inventory (MBI), que no estuvieran disponibles en inglés o chino, y que no reportan coeficientes de correlación entre estrategias de afrontamiento y las dimensiones del síndrome de burnout. Por otro lado los instrumentos que se utilizaron para medir las estrategias de afrontamiento en las investigaciones analizadas incluyeron el Coping Orientation of Problem Experience Inventory (COPE), Coping Inventory for Stressful Situations, Ways of Coping Checklist, Coping Strategies Inventory y el Ways of Coping Questionnaire. Y con los fines de este análisis clasificaron las estrategias de afrontamiento en centradas en la emoción, incluyendo las subcategorías de: aceptación, evitación negación,

reevaluación, buscar apoyo social, retirada, descarga de frustraciones, religión; y afrontamiento centrado en el problema (incluyendo el afrontamiento directivo, planeación, afrontamiento activo y enfrentamiento). Se utilizó el programa MIX (Meta-analysis with Interactive eXplanations) para realizar el meta-análisis. Primero los investigadores codificaron el tamaño total de la muestra para luego codificar los coeficientes de correlación entre las dimensiones de burnout y las distintas estrategias de afrontamiento para computarizar el tamaño de los efectos. Después de esto utilizaron la estadística Q para medir la heterogeneidad de la varianza del tamaño del efecto, seleccionando modelos de efectos aleatorios o fijos para revelar la homogeneidad o heterogeneidad de los resultados. Además, estudiaron el posible papel moderador de la profesión de los sujetos conduciendo análisis adicionales donde dividieron los estudios en tres subgrupos de acuerdo al tipo de vocación (maestro, trabajador de atención al cliente, enfermera) computarizando una estadística de homogeneidad (Q_w) para cada subgrupo con el fin de calcular la homogeneidad estadística entre grupos. Por último para evitar el bias de publicación condujeron una prueba de fail-safe.

El meta-análisis encontró que las tres dimensiones de burnout, despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal correlacionaron positivamente con las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y negativamente con las estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Específicamente hay una relación más fuerte entre el agotamiento emocional y la despersonalización con las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, y una correlación positiva más fuerte entre niveles altos de realización personal con el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema. Es importante notar que este estudio también halló una relación significativa más fuerte entre agotamiento emocional y estrategias centradas en la emoción, y realización personal y estrategias centradas en el problema en el grupo de enfermeras comparadas con las demás poblaciones de las muestras. Es importante remarcar que si bien este meta-análisis sirve como un buen primer paso para comenzar a tratar la problemática, la gran cantidad de distintas muestras poblacionales analizadas y la inclusión de investigaciones que utilizan variados instrumentos para medir las estrategias de afrontamiento con diferentes formas de clasificar las estrategias, contribuye a que deba tenerse en cuenta estas características a la hora de interpretar los resultados.

Continuando con la consideración específica de investigaciones realizadas, en España Hernández Zamora et al (2004) realizaron un estudio correlacional entre el

síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento en una muestra de 222 participantes de personal de enfermería, utilizando los instrumentos de Cuestionario de Burnout para enfermería (CBE) para medir las dimensiones de burnout y el Ways of Coping Questionnaire (WCQ) para estudiar las estrategias de afrontamiento. El CBE fue adaptado a partir del cuestionario MBI y del cuestionario CBB (Cuestionario Breve de Burnout), y analiza cuatro dimensiones del síndrome de burnout: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal y clima laboral. Luego un análisis de segundo orden arroja una solución monofactorial. Los resultados alcanzados no son concluyentes de acuerdo a los autores, ya que en algunos casos se encontraron pocas asociaciones entre ambas variables y por otro lado las asociaciones encontradas contradicen los resultados alcanzados por otras investigaciones. Los resultados indican que los sujetos que utilizaban estrategias de afrontamiento centradas en la emoción presentaban mayores niveles de síndrome de burnout. Específicamente se presentó una asociación positiva entre escape y evitación (estrategia centrada en la emoción) con agotamiento emocional, y una asociación positiva entre despersonalización y la estrategia de distanciamiento y confrontación (una estratégica centrada en la emoción). Por otro lado, al subdividir la muestra en función de criterio (“bajos en quemado” frente a “altos en quemado”) sujetos que puntuaron bajo en “quemado” utilizaron estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (aceptación de responsabilidad), mientras que los que mono factorial puntuaron alto en “quemado” utilizaron estrategias de afrontamiento centrado en el problema (reevaluación positiva). Además, los sujetos que presentaron mayor nivel de despersonalización utilizaban la reevaluación positiva. Los autores plantearon que las debilidades de las relaciones aisladas pueden deberse al uso del instrumento de WOCQ, que ha sido criticado por otros autores por su baja fiabilidad, validez de contenido, estructural y constructo y problemas conceptuales. Podría ser importante considerar como otra limitación de este estudio el uso de un instrumento para medir burnout distinto al utilizado en otras investigaciones, pudiendo presentar una dificultad para comparar estos resultados con otros estudios.

Por otro lado, en Israel, Ben-Zur y Michael (2007) investigaron la relación entre estrategias de afrontamiento, evaluación de estrés laboral y soporte social con las dimensiones del síndrome de burnout en una población de profesionales mujeres de psicología, enfermería y servicios sociales en Israel. Se utilizaron la versión hebrea corta de la escala COPE para medir estrategias de afrontamiento y la versión abreviada de la escala de burnout de Maslach y Jackson para medir las dimensiones de burnout. Esta

escala de burnout abreviada estudia las dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y sentimiento de realización personal. El COPE por su lado evalúa 15 estrategias de afrontamiento que fueron categorizadas por las autoras de esta investigación en centradas en el problema (afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competitivas, uso de apoyo emocional, uso de apoyo social instrumental, reinterpretación positiva) y centradas en la emoción (desconexión conductual y mental, desahogo emocional, aceptación, uso de sustancias, humor), dejando de lado las estrategias de religión y refrenar el afrontamiento. Se observó que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se correlacionaron negativamente con despersonalización y positivamente con realización personal, mientras que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción correlacionaron positivamente con la despersonalización y negativamente con la realización personal. Aun así, el estudio concluye que, si bien las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y en el problema correlacionaron con las variables de burnout de despersonalización y realización personal de burnout, su efecto fue mucho menor en el análisis de regresión mostrando una asociación solo entre despersonalización y estrategia de afrontamiento centrado en la emoción. Tampoco se encontró una diferencia significativa en las variables en la población de enfermera comparada a las otras poblaciones de profesionales analizadas. Una de las limitaciones a destacar es que no se usó un muestreo representacional de la población, dificultando la generalización de los resultados.

Abordando la relación entre estrategias de afrontamiento, sentido de coherencia, estrés ocupacional, compromiso laboral y síndrome de burnout van der Colff y Rothmann (2009) realizaron una investigación correlacional en una muestra de 818 enfermeras de hospitales públicos y privados en Sudáfrica. Para medir las dimensiones del síndrome de burnout aplicaron el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) y el Coping Orientation for Problem Experienced Questionnaire (COPE) para estudiar las estrategias de afrontamiento. La versión utilizada del COPE consiste en 53 ítems a partir de la cual los autores extrajeron 5 factores para categorizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales de enfermería: centrarse en las emociones y desahogarse, afrontamiento activo, búsqueda de apoyo emocional/social, religión y finalmente afrontamiento evitativo. La subescala de despersonalización se correlacionó positivamente con evitación y desahogo y negativamente con religión. Realización personal se correlacionó positivamente con búsqueda de apoyo social/emocional y afrontamiento activo y negativamente con afrontamiento evitativo. Y agotamiento

emocional se correlacionó positivamente con afrontamiento activo y desahogo emocional y negativamente con búsqueda de apoyo social/emocional. Si bien es interesante la relación entre afrontamiento activo y agotamiento emocional hallada, los autores concluyen con que confirmaron su hipótesis de investigación de que las estrategias de afrontamiento activo y búsqueda de apoyo emocional/social predijeron menores niveles de burnout y nivel alto de compromiso laboral, mientras que estrategias de afrontamiento pasivas (evitación, religión, y desahogo emocional) predijeron mayores niveles de burnout y niveles bajos de compromiso laboral.

En Europa, Volker et al. (2010) estudiaron la relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y satisfacción laboral en una muestra de personal de salud que trabaja con adictos al opio de organizaciones de Padua, London, Zurich, Essen, Stockholm y Atenas. Aplicaron la versión breve del COPE para medir las estrategias de afrontamiento y el MBI para investigar las dimensiones de burnout presente en una muestra de 383 sujetos. La versión breve del COPE utilizada consiste de 28 ítems categorizando las estrategias en “pasivas” y “activas”. Los resultados de la investigación indican que los sujetos que utilizan estrategias de afrontamiento pasivas presentan mayores niveles de agotamiento emocional y despersonalización que aquellos que usaban estrategias activas.

En México, Cruz Valdes et al (2010) realizaron una investigación para identificar el efecto de las estrategias de afrontamiento activas sobre el síndrome de burnout en una muestra no probabilística por cuotas de 354 trabajadores de la salud de un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México, incluyendo administrativos, paramédicos, médicos especialistas, médicos residentes, personal de enfermería, personal del área operativa y trabajadores sociales. Utilizaron el MBI-HSS de 22 ítems y el instrumento afrontamiento ante riesgos extremos adaptada de la "Échelle Toulousaine de Coping". Este último instrumento consta de 26 ítems y mide las estrategias de afrontamiento clasificándolas en dos dimensiones: activas y en pasivas. Las pasivas incluyen: retraimiento, aceptación pasiva, ignorar o negar el evento, bromear y tomar las cosas a la ligera, tratar de no pensar en el problema y tratar de no sentir nada. Y las activas comprenden: comportamientos relacionados al problema, reflexión de posibles, búsqueda de apoyo social, soluciones el análisis de las circunstancias para saber qué hacer, búsqueda de información, controlar las emociones y circunstancias y finalmente estrategias de anticipación a un desastre. Hay que destacar que esta investigación se diferencia de otras por usar una aproximación desde el modelamiento de ecuaciones estructurales, lo que permitió relacionar la variable de las

estrategias de afrontamiento pasivas y activas con la variable latente del síndrome de burnout. Los resultados arrojan que las estrategias de afrontamiento activas tuvieron efectos negativos directos hacia la variable latente de síndrome de burnout, mientras que las estrategias de afrontamiento pasivas tuvieron un efecto positivo sobre el síndrome de burnout. De esta manera los autores confirmaron las hipótesis propuestas de que las estrategias de afrontamiento activas funcionan como un factor de protección ante el burnout mientras que las estrategias de afrontamiento pasivas favorecen el desarrollo del síndrome.

Por otro lado, Mefoh et al (2019) abordaron una investigación con el fin de estudiar el papel moderador que tienen las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción sobre la relación entre la variable de edad y las tres dimensiones del síndrome de burnout en una muestra de 283 profesionales de enfermería del Federal Teaching Hospital Abakaliki (FETHA) en Nigeria. Se aplicó el instrumento Maslach Burnout Inventory– Human Services Survey (MBI-HSS) con 22 ítems para medir las tres dimensiones de burnout (despersonalización, agotamiento emocional y falta de realización personal), y la subescala Emotion-focused coping de 12 ítems del Coping Assessment Scale (CAS) de Moos y Billings para medir el uso de estrategias centradas en la emoción. La investigación indicó una asociación positiva entre las estrategias de afrontamiento centradas en emoción con las subescalas de despersonalización y agotamiento emocional. Por otro lado solo se observó que moderaba significativamente la relación entre edad y falta de realización personal, específicamente en los sujetos con un nivel alto de estrategias centradas en la emoción, de manera que a mayor edad en sujetos con uso alto de estrategias centradas en la emoción mayor nivel de falta de realización personal, mientras que la edad se encontró negativamente asociada a la falta de realización personal en aquellos sujetos con un nivel bajo o moderado de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

Ercolani et al (2020) estudiaron en 207 trabajadores de cuidados paliativos en casa de la National Tumors Assistance (ANT), una organización italiana que asisten a pacientes con cáncer, la relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento junto con las variables de distrés psicológico y físico. La muestra incluyó profesionales de enfermería, psicólogos y fisiólogos, a quienes se le aplicó la versión adaptada a Italia del Coping orientation to problems experienced (COPE-NVI) junto con la versión italiana del MBI. El COPE-NVI consiste en un cuestionario de autoinforme de 60 ítems que identifica cinco estrategias de afrontamiento: soporte social, estrategias de

evitación, actitud positiva, resolución de problemas y por último religión. Los autores hallaron que las estrategias de evitación correlacionaron positivamente con las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización y correlacionaron negativamente con la realización personal; resolución de problemas y actitud positiva se asociaron negativamente con agotamiento emocional y positivamente con realización personal; y por último religión correlacionó negativamente con agotamiento emocional y despersonalización. De acuerdo a estos resultados los autores concluyeron que las estrategias más adaptativas para afrontar el estrés en el contexto de los profesionales de cuidado paliativo en casa eran: religión, actitud positiva y resolución de problemas.

Continuando ahora con investigaciones en poblaciones argentina, Popp (2008) midió los niveles de burnout y las diferencias en cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas en función de los grupos que presentan niveles de las dimensiones de burnout bajos, moderados y altos, en una muestra de 53 enfermeras mujeres de unidades de cuidados intensivos de instituciones públicas y privadas de la provincia de Entre Ríos. Esta investigación partió con la hipótesis de que aquellas enfermeras con un mayor nivel del síndrome de burnout presentarían mayor uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales. La autora consideró funcionales o adaptativas las estrategias de ejecución de acciones para solucionar el problema y análisis lógico ya que entrarían en el grupo de estrategias activas o directivas (que buscan modificar la situación estresante o fuente de estrés confrontándola) debido a que estas habían sido asociadas con menor nivel de síndrome de burnout en otras investigaciones. Se utilizó la versión adaptada de Hein de la adaptación española del Maslach Burnout Inventory que añade 5 ítems a la versión española, y el Ways of Coping Questionnaire (WCQ) de Lazarus y Folkman en su versión que consta de 67 ítems. Si bien se aplicó el WCQ la autora usó la taxonomía propuesta por Moos y Billings para analizar los resultados. Los resultados generales sólo fueron estadísticamente significativos en las dimensiones de despersonalización y realización personal. Se observó que las enfermeras con baja despersonalización tienden a utilizar el desarrollo de gratificaciones alternativas y análisis lógico comparado con las enfermeras con nivel alto de despersonalización; que a medida que aumenta el nivel de despersonalización disminuye el uso de la estrategia de ejecución de acciones que resuelvan el problema; y enfermeras con niveles altos de despersonalización usan con más frecuencia el requerimiento de información o asesoramiento. En cuanto a la realización personal, a medida que esta disminuye también lo hace el uso de ejecución de acciones que resuelvan el problema y el análisis lógico, y el grupo de enfermeras con

niveles altos de realización personal utilizaron mayormente el control afectivo comparado con las que presentan niveles bajos y medios. En referencia al agotamiento emocional, sólo los análisis univariados revelaron resultados significativos en cuanto al control afectivo, de manera que las enfermeras con niveles moderados presentan mayor uso de control afectivo comparadas con aquellas enfermeras con niveles altos y bajos. En base a estos resultados se concluyó que las enfermeras afectadas en mayor nivel por el síndrome de burnout, principalmente en referencia a las dimensiones de baja realización personal y despersonalización, utilizarían generalmente estrategias de afrontamiento menos adaptativas. También puede apreciarse que tanto estrategias de afrontamiento centradas en el problema como centradas en la emoción y en la evaluación se vincularon con menores niveles en las dimensiones de burnout (baja despersonalización y alta realización personal), y que a su vez se halló una relación entre una estrategia centrada en el problema con niveles altos de despersonalización. Una limitación importante de este estudio es que el tamaño de la muestra fue relativamente pequeño estadísticamente, por lo que la autora sugiere que se utilice esta investigación como base para estudios futuros con muestras de mayor tamaño. También hay que agregar que las versiones utilizadas de los instrumentos no fueron adaptados formalmente a la población argentina en el momento en que se realizó la investigación.

También en Argentina, Martini (2016) investigó la correlación entre estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en 60 profesionales médicos del Hospital Municipal Dr. Julio Méndez de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aplicando la adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CRI) y la adaptación española del MBI. El CRI es un instrumento de autoadministración que se basa en el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Tobin y sus colaboradores, y consta de dos partes: una cualitativa donde el sujeto describe una situación estresante, y una cuantitativa donde se responde sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas y el grado de eficacia percibida por el sujeto. El CRI va a distinguir ocho tipos de estrategias de afrontamiento: pensamiento desiderativo, autocrítica, evitación de problemas, resolución de problemas, expresión emocional, apoyo social, reestructuración cognitiva y retirada social. La versión aplicada del MBI poseía 22 ítems y se utilizó las puntuaciones de corte establecidos en la clasificación en las muestras originales españolas para determinar los niveles de burnout en la investigación. Los resultados señalan una correlación negativa entre agotamiento emocional con la estrategia de resolución de problemas y reestructuración cognitiva, y una asociación positiva entre esta dimensión del burnout con

pensamiento desiderativo. El autor consideró como adaptativas las estrategias de resolución de problemas y reestructuración cognitiva, y como desadaptativa la estrategia de pensamiento desiderativo. No se hallaron relaciones entre las otras dos dimensiones del burnout y las estrategias de afrontamiento. En cuanto a las limitaciones de este estudio hay que señalar el pequeño tamaño de la muestra que no fue probabilística y consistió en profesionales médicos de una sola institución lo que dificulta la generalización de los resultados, sumado a esto se encuentra el hecho que se utilizaron las puntuaciones de corte de las muestras originales españolas para determinar los niveles de burnout.

Por último Sapetti y Toso Aguilar (2017), también basándose en el modelo de Moos y Billing, investigaron la relación entre estrategias de afrontamiento y dimensiones de burnout en una población de 37 anestesiólogos de ambos sexos de la ciudad de Paraná inscriptos en la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de la Provincia de Entre Ríos. Se utilizaron como técnicas de recolección de datos un cuestionario sobre datos sociodemográficos, el cuestionario autoadministrado MBI-HSS en su versión adaptada al español y el WCQ de Lazarus y Folkman en su versión de 67 ítems. Esta investigación se realizó a partir de las hipótesis de que los anestesiólogos de la ciudad de Paraná informarían sobre estresores relacionados con su ambiente laboral, que habría variaciones en los niveles de las dimensiones de burnout según el sexo y la edad, y que existe una relación entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de burnout, ya que mayor burnout, mayores niveles de estrategias de afrontamiento disfuncionales. Los autores distinguieron dentro de las estrategias funcionales el análisis lógico, redefinición cognitiva, requerimiento de información y asesoramiento, y ejecución de acciones que resuelvan el problema. Mientras que incluyó dentro de las estrategias de afrontamiento disfuncionales la evitación cognitiva, desarrollo de gratificaciones alternativas, control afectivo, aceptación con resignación y descarga emocional. Los resultados indicaron que la estrategia de análisis lógico (centrada en la evaluación) se correlacionó negativamente con el agotamiento emocional, la evitación cognitiva (centrada en la evaluación) se correlacionó positivamente con el agotamiento emocional y la despersonalización y se correlacionó negativamente con la realización personal, y la estrategia de gratificaciones alternativas (centrada en el problema) se correlacionó de manera negativa con agotamiento emocional. De manera que de acuerdo a esta última investigación no se halló una correlación significativa entre las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y las dimensiones de burnout, encontrando que una estrategia centrada en la evaluación (análisis lógico) y una estrategia centrada en el

problema (gratificación alternativa) se correlacionaron negativamente con algunas dimensiones del burnout, mientras que la estrategia centrada en la evaluación de evitación cognitiva tuvo tanto correlaciones positivas como negativas con distintas subescalas de burnout. Los autores aun así advierten que los resultados del estudio se vieron limitados por el tamaño reducido de la muestra.

2.2. Síndrome de Burnout.

2.2.1. Breve reseña histórica y definición del término.

La primera mención del fenómeno en una publicación de carácter científico la encontramos a mitad de la década de los setenta en el estudio de Freudenberger (1974, como se citó en Moreno et al., 2001) que utiliza la definición del diccionario de fallar, agotarse, o llegar a desgastarse debido a un exceso de fuerza, demandas excesivas de energía o de recursos. El autor utilizó este término para referirse a cómo los voluntarios que trabajan en su clínica para toxicómanos luego de un periodo de tiempo relativamente largo pasaban de un estado inicial de motivación y entusiasmo por la tarea a una falta total de interés por el trabajo.

Después de eso, fue en 1977 donde se presentó el primer simposio sobre el síndrome de Burnout en el congreso anual de la American Psychology Association, donde autores como Freudenberger, Pines, Maslach y otros autores compartieron y discutieron sus ideas sobre el síndrome y los resultados de sus investigaciones.

Desde entonces varios autores comenzaron a expandir la definición inicial de Freudenberger a lo largo de los años. Maslach y Pines (1977, como se citó en Gil Monte) lo describen como un síndrome de agotamiento emocional y físico que incluye la puesta en marcha de actitudes negativas hacia el trabajo, pérdida de interés por las personas o clientes que se asisten y pobre autoconcepto, presentándose específicamente en los profesionales de las organizaciones de servicio.

En la década de los 80, Edelwich y Brodsky (1980, como se citó en Carlin y Garcés de los Fayos Ruiz, 2010) describen que el síndrome se da en sujetos de profesiones de ayuda causada por las condiciones de trabajo, que lleva a una gradual pérdida de la energía, idealismo y motivos para trabajar. También proponen un modelo de cuatro fases que atraviesan aquellos sujetos que padecen el síndrome: a) entusiasmo, donde los sujetos experimentan niveles altos de energía y aspiraciones junto con insuficiente noción de peligro; b) estancamiento, al no cumplirse las expectativas iniciales; c) frustración, fase central del síndrome donde surgen problemas físicos, emocionales y conductuales; y d) apatía, la cual padece el sujeto y se instaura como mecanismo de defensa ante la frustración. Posteriormente Maslach y Jackson (1981) lo definen como un síndrome psicológico caracterizado por tres dimensiones de despersonalización, baja realización

personal y agotamiento emocional que surge como consecuencia del estrés laboral crónico en sujetos que trabajan con personas por las condiciones y dificultades particulares propias de tal labor. Al año siguiente Perlman y Hartman (1982) realizaron una revisión de las definiciones del Síndrome de Burnout en la literatura científica entre 1974 y 1980. Consideraron un total de 48 estudios concluyendo que el burnout puede definirse como una respuesta al estrés emocional crónico que se caracteriza por tres características o componentes: baja productividad laboral, agotamiento emocional y/o físico y un exceso de despersonalización. Los autores también concluyen que el instrumento que logra evaluar estos tres componentes dispuestos en todas las definiciones analizadas es el cuestionario de Maslach y Jackson (1997), el Maslach Burnout Inventory (MBI). Estas conclusiones resultaron cruciales para que la definición de Maslach y Jackson sea tomada como la más aceptada y utilizada por la comunidad científica (Gil-Monte, 2005).

Pérez Jauregui (2005) por su lado define el burnout como un sentimiento de inadecuación profesional y personal que presenta un intenso cansancio emocional que desencadena una pérdida de motivación por la tarea que se hace, finalizando en una angustiada sensación de fracaso laboral en el sujeto.

Calvo en 2008 define el síndrome de Burnout como un proceso de desarrollo gradual causado por el estrés crónico laboral generado por la presencia de altas demandas y escasos recursos para hacer frente a estas, el cual está fuertemente relacionado con actividades profesionales de prestación de ayuda o servicio a otras personas en donde muy frecuentemente se desarrolla una implicación afectiva intensa por características de la labor. El síndrome así implicaría un fracaso adaptativo que desemboca en un significativo nivel de despersonalización, baja realización personal, agotamiento emocional, físico y mental, resultando en trabajadores apáticos y cínicos.

Así a lo largo de los años el término comenzó a asociarse con las tres dimensiones que evalúa el MBI, caracterizando al síndrome como compuesto por la presencia de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que se presentan principalmente en profesionales que brindan servicios o ayudas a otros. La mayoría de los autores a medida que avanzó el tiempo agregan que estas dimensiones aparecen como resultado de un estrés laboral crónico causado por las condiciones y dificultades concretas del trabajo que no coinciden en la mayoría de los casos con las expectativas e ideales muy altos por parte de los profesionales, llevando a su vez a una pérdida de motivación, valores, entusiasmo y resultando en actitud apática y desinteresada.

2.2.2. Dimensiones y desarrollo del Síndrome de Burnout.

Cómo se mencionó anteriormente, la mayoría de los autores y la literatura científica basa sus investigaciones sobre el síndrome en que este está compuesta por las tres dimensiones de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

De acuerdo a Gil-Monte (2005) la despersonalización se refiere al generar sentimientos y actitudes negativas o desfavorables hacia las personas a las que el sujeto atiende o asiste con su labor, lo que los lleva a ver a estas personas desde una perspectiva deshumanizada. La falta de realización personal es cuando el profesional se siente insatisfecho con su rendimiento laboral y presenta una predisposición a evaluarse a sí mismo de manera perjudicial lo que le dificulta vincularse con personas a las que asisten o realizar su labor. Por último el agotamiento emocional es cuando como consecuencia del contacto diario con las personas que atiende el sujeto padece una disminución de sus recursos emocionales o energía.

En cuanto al proceso del desarrollo de las distintas dimensiones del SQT que establece el MBI, diversos autores han producido distintos modelos explicativos. Maslach (1982, como se cita en Gil Monte 2005) propone inicialmente que el SQT comienza con la presencia de agotamiento emocionalmente que llevaría al surgimiento posterior de despersonalización y por último bajo niveles de realización personal en el trabajo. En trabajos posteriores Golembiewski y colaboradores realizan modificaciones al MBI para que evalúe una sola escala que incluya las tres dimensiones de burnout y a partir del uso de este instrumento proponen un modelo basado en evidencia empírica para evaluar las dimensiones de burnout que incluye ocho fases, cada una constituida por una combinación particular de puntajes específicos en cada una de las subescalas del MBI, yendo en un orden creciente de “menos virulenta” a “más virulenta”. Este modelo pareciera sugerir que la despersonalización es la primera dimensión en aparecer en las fases menos virulentas del síndrome de burnout, seguida por la baja realización personal, y finalmente dándose niveles altos de agotamiento emocional en las últimas fases que se caracterizan por mayor virulencia (Golembiewski y Munzenrider, 1989).

Leiter (1993) critica el modelo de Golembiewski y colaboradores afirmando que se ve limitado por reducir el síndrome de Burnout a la dimensión de agotamiento emocional, que es la dimensión que tiene más correlación con el progreso gradual de

virulencia entre las fases, desestimando las dimensiones de realización personal y despersonalización. En cambio Leiter y Maslach en 1988 (como se citó en Leiter 1992) proponen un modelo que explica que el agotamiento emocional es el primero en surgir como respuesta a demandas del ambiente, cuyo aumento lleva al crecimiento de la despersonalización siendo la forma que eligen los trabajadores de lidiar con el agotamiento y alejarse de las personas a las que ayudan o prestan servicios, y por último es el empobrecimiento de los vínculos con estas personas por la despersonalización junto al agotamiento lo que produce la falta de realización personal. Posteriormente Leiter expande este modelo, afirmando de nuevo que el agotamiento emocional surge primero debido a los aspectos demandantes del ambiente y que esto llevó al incremento de despersonalización, pero la realización personal se desarrolla paralelamente a la dimensión del agotamiento emocional, viéndose influenciado en cambio por la presencia de recursos en el ambiente laboral (como oportunidades para capacitación y soporte social). Así este modelo se destaca del anterior por remarcar que las dimensiones de realización personal y agotamiento emocional se ven influenciadas por aspectos externos al individuo propios del contexto social de la organización o ambiente en el que realizan su labor. De manera que los sujetos no desarrollan el síndrome de manera repentina, sino que gradualmente se dirigen hacia un aumento de eficiencia profesional o hacia un mayor grado de síndrome de burnout como una reacción personal a aspectos constantes de su ambiente de trabajo (Leiter, 1992).

Al año siguiente Lee y Ashforth (1993) realizan una comparación del modelo de Leiter y Maslach con el de Golembiewski y sus colaboradores, encontrando a partir de su investigación que el primer modelo era el que más se aproximaba a predecir el desarrollo de las dimensiones de burnout. Basándose en evidencia empírica introducen una modificación al modelo de Leiter y Maslach para aumentar su precisión en explicar el desarrollo del burnout, proponiendo que el síndrome comienza con la aparición del agotamiento emocional y paralelamente a partir de este se desarrollan los síntomas de despersonalización por un lado y el de realización personal por otro.

La problemática de integrar la teoría con los resultados empíricos motivaron a Gil-Monte (2005) para que, basándose en resultados de estudios previos y en los modelos transaccionales de estrés de Lazarus y Folkman y de estrés laboral de Cox y Mackay, construye un modelo en el que el síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico posterior a un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento al estrés laboral crónicos utilizadas en un principio no son funcionales. Esta

respuesta comenzará con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional, mientras que el síntoma de despersonalización consiste en una estrategia de afrontamiento al estrés laboral desarrollada por los profesionales. La relación entre agotamiento emocional y despersonalización se basa en que el agotamiento emocional es una fuente de tensión relacionada con el estrés causado por los clientes, y la despersonalización como ya se mencionó se utiliza como la estrategia de afrontamiento para responder a este. Si bien en un principio también se propone una relación hipotetizada entre agotamiento emocional y realización personal, estudios posteriores llevaron a una reformulación del modelo que suprimía la misma.

Una posible explicación de porque mientras la relación entre el agotamiento emocional y despersonalización ha sido verificada de manera consistente en múltiples estudios internacionales mientras que la relación entre realización personal y despersonalización presenta inconsistencias podría deberse a que esta última relación estaría influida y determinada por variables sociodemográficas (Gil-Monte, 2005).

2.2.3. Antecedentes del síndrome de burnout.

Habiendo expuesto sobre el desarrollo del síndrome, es decir como la patología se despliega desde el principio hasta sus estados más avanzados y su relación con las dimensiones del burnout, se vuelve también relevante hablar de los factores que han sido identificados como antecedentes o causas del síndrome.

Al hablar de la calidad de las relaciones interpersonales en el contexto laboral, varios autores hacen hincapié en las relaciones con los clientes o personas que asisten como un elemento principal en el desarrollo del síndrome en profesiones de servicio, entre estas incluida la enfermería.

Mingote Adán y Pérez García (2013) afirman que la primera causa de estrés en el personal sanitario es la atención al paciente, que se desarrolla por factores como la identificación del profesional con la angustia del enfermo y sus familiares, la frustración de sus propias perspectivas terapéuticas, la reactivación de sus conflictos personales y otras frustraciones profesionales. Por su parte Gil-Monte (2005) explica que la fuente principal de estrés laboral que lleva a que se desarrolle la patología es la relación interpersonal que se establece con los clientes, ya que estos siempre solicitan ayuda o una atención especial, son problemáticas o acuden a los profesionales con un problema a resolver. Es por esto que un grupo como el personal de enfermería son más proclives a

desarrollar el síndrome con mayor frecuencia e intensidad porque trabajan en contacto directo con sus pacientes y sus familias. También se ha relacionado la prevalencia de las dimensiones del burnout en este grupo de profesionales con la falta de recompensas intrínsecas, falta de retroalimentación positiva, las situaciones de sobrecarga laboral y el estrés percibido por las dificultades para conciliar las actividades laborales con el tiempo que se enfoca en el contexto familiar, las situaciones de ocio y la formación académica (Carlotto, Goncalves y Borges, 2005).

Gil-Monte (2005) además de las relaciones interpersonales en el contexto laboral identifica otras cuatro categorías de antecedentes con un efecto significativo en el desarrollo del síndrome:

El primer grupo incluye los antecedentes del entorno social de la organización:

- Cambios en la cultura de la población con pérdida del prestigio social de los profesionales, implicando un deterioro en la relación entre trabajadores y clientes.
- Cambios en la concepción del trabajo dando lugar al fenómeno de trabajo emocional, que implica que los trabajadores del sector de servicio social deben llevar a cabo su labor mediante procesos de interacción social y se ven implicados en tareas de tipo emocional (como expresar determinadas emociones socialmente deseadas y mediar en conflictos interpersonales con los clientes), que contribuye al deterioro emocional.
- Cambios a la legislación y normativa que producen crisis en la identidad de los profesionales.
- Modificaciones sociodemográficas que generan un rápido aumento de las poblaciones a las que las instituciones deben brindar servicios, llevando a escasez de medios y personal, concluyendo en sobrecarga personal y disfunciones en el desempeño de roles de los profesionales al exigirles que realicen actividades para las cuales no fueron formados.
- Progresos y cambios tecnológicos, que llevan a la aparición de expectativas profesionales no realistas y sobrecarga laboral cualitativa.

El segundo grupo de antecedentes incluye a los antecedentes del sistema físico-tecnológico de la organización que consisten en:

- La tecnología de la organización, que funciona como fuente de sobrecarga laboral.
- Las variables relacionadas con la configuración estructural de la organización (normas burocráticas, percepción de los empleados del apoyo institucional y las

políticas organizacionales, características de la tarea y la subcontratación de servicios)

El tercer grupo de antecedentes lo constituyen los antecedentes del sistema social-interpersonal de la organización e incluyen los siguientes:

- Falta de apoyo social en el trabajo de los demás miembros de la institución, (supervisores, directivos y compañeros).
- El proceso de contagio del síndrome a partir de mecanismos de modelado de conductas, creencias y actitudes.
- Disfunciones en los roles laborales por la ambigüedad de rol y conflicto de rol, señalando variables como la implicación del profesional en los problemas de los clientes, la incertidumbre en el vínculo con los clientes y la falta de control de los profesionales sobre los resultados y consecuencias de sus funciones y tareas.
- Falta de reciprocidad en los intercambios sociales.
- Los conflictos interpersonales, sobre todo si están relacionados a los clientes de la organización.

En la cuarta categoría se remarcan los antecedentes del sistema personal de los miembros de la organización centrándose específicamente en dos variables:

- la autoeficacia.
- y la motivación para la ayuda.

Siguiendo la línea planteada por Gil-Monte (2005) solo las características del trabajo y el contexto laboral se identifican como factores etiológicos, pero estos afectan de manera distinta a los diversos sujetos de acuerdo a sus propios recursos y aspectos de su personalidad. Entre estos se encontrarán por ejemplo la autoeficacia, locus de control, extraversión, personalidad resistente, neuroticismo y las estrategias de afrontamiento. Centrándonos particularmente en la relación de estas últimas con el síndrome de burnout, varias investigaciones indican que los sujetos que utilizan estrategias de afrontamiento del estrés de carácter activo o centradas en el problema presentan menores niveles del síndrome en comparación con aquellos que tienden a usar estrategias centradas en la evitación o emoción (Gil-Monte, 2005).

2.2.4. Síntomas y consecuencias.

El manual DSM-IV (American Psychological Association [APA], 1995) define a los síndromes como un conjunto de signos y síntomas que suelen aparecer

juntos pudiendo sugerir la presencia de una patología, siendo los signos la manifestación objetiva y observada por el profesional de un estado patológico, mientras que los síntomas son la manifestación subjetiva descrita por el individuo.

Tratándose el burnout de un síndrome, se vuelve de principal importancia el señalar cuáles son sus síntomas asociados. Ante esto Gil-Monte (2005) señala la gran cantidad de síntomas que los distintos investigadores han asociado con el síndrome, incluyendo las siguientes categorías: fisiológicos, como hipertensión, dolores de cabeza, insomnio; afectivos como irritabilidad y agotamiento emocional; conductuales como ausentismo del trabajo, tendencia a conductas violentas hacia clientes; actitudinales como despersonalización, apatía, suspicacia; y cognitivos como autoestima disminuido y sentimiento de fracaso profesional. Para estos autores todo acercamiento integral al síndrome debe abarcar siempre la examinación de componentes afectivos, cognitivos, actitudinales, conductuales y físicos. A su vez se debe tener en cuenta que estos síntomas asociados al síndrome no deben considerarse evidencia de la presencia definitiva del mismo. Para estos autores es importante tener en cuenta el contexto y proceso en que se desarrolla la enfermedad y que estos síntomas llevan a un deterioro actitudinal, afectivo y cognitivo para considerarlos propios del síndrome.

Carlin y Garcés de los Fayos Ruiz (2010) realizando una revisión de los síntomas atribuidos al síndrome en un contexto organizacional por parte de varios investigadores exponen la siguiente lista:

- Síntomas Emocionales: Depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos.
- Síntomas Cognitivos: Pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción, cinismo, criticismo generalizado.
- Síntomas Conductuales: Evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, autosabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptadas, desorganización, sobreimplicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

- Síntomas Sociales: Aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, formación de grupos críticos, evitación profesional.
- Síntomas Psicosomáticos: Cefaleas, dolores osteomusculares, quejas psicosomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, etc.) (p. 172).

Hablando de las consecuencias del síndrome, a lo largo de las décadas se ha detallado el efecto que tiene este sobre el desempeño laboral de las organizaciones y profesionales, y como estas terminan a su vez afectando también aspectos de la vida personal de los sujetos. Desde 1981 Maslach y Jackson ya explican que las mismas pueden ser muy severas no solo para los profesionales que lo padecen, sino también para sus clientes y las instituciones con las que interactúan, llevando al deterioramiento en la calidad del cuidado o servicio. Atance Martínez (1997) señala que investigaciones sobre el síndrome han encontrado que este se asocia con alteraciones en la vida familiar de los profesionales, la disminución de la eficacia laboral, así como un grado elevado de absentismo laboral y la prevalencia de situaciones depresivas, ingesta de psicofármacos y automedicación. Distintos autores también han descrito que el síndrome de burnout causa accidentabilidad, conflictos, comportamientos de alto riesgo y ausentismo laboral (Hernandez et al., 2014). En cuanto al personal de salud específicamente la literatura indica que el síndrome afecta la calidad de vida laboral de los profesionales, lo que resulta en la pérdida de capital humano (Vega et al., 2017).

2.2.5 Síndrome de burnout y su relación con el estrés laboral y las estrategias de afrontamiento.

Refiriéndonos a los síntomas del síndrome de burnout también se vuelve relevante exponer que los distintos investigadores al hablar del estrés laboral y sus síntomas o trastornos resultantes, clasifican estos entre respuestas y consecuencias al mismo. Así, síntomas de índole psicológicos, fisiológicos y conductuales suelen ser consideradas las respuestas al estrés laboral, que están a su vez fuertemente vinculadas a las consecuencias del mismo, existiendo un grado de solapamiento entre ambas que hace a veces imposible

la diferenciación. En la literatura a veces es la coexistencia en un mismo momento de varias respuestas al estrés lo que dictamina que se las clasifique como consecuencias, mientras que en otros casos es la intensidad de la respuesta o su prolongación en el tiempo lo que diferencia que se categorice como respuesta o consecuencia (Gil-Monte, 2005).

Basándonos en esta diferenciación la mayoría de los autores consideran al síndrome de burnout como una respuesta al estrés laboral, siendo una de las respuestas posibles ante el estrés crónico pero no la única (Gil-Monte, 2005).

Siguiendo sobre esta línea Carlin y Garcés de los Fayos Ruiz (2010) diferencian entre dos formas de concebir el burnout presentes en la literatura: como estado o como proceso. Entender el burnout como proceso implica considerarlo un mecanismo de afrontamiento al estrés con un desarrollo gradual y dinámico, mientras que considerarlo un estado implica tratar al síndrome como un conjunto de conductas y sentimientos asociadas al estrés.

A esto Gil-Monte (2005) agrega que desde la concepción de burnout como estado este sería considerado una consecuencia del estrés laboral, mientras que si se utiliza la concepción del burnout como proceso este sería categorizado como una respuesta al estrés laboral crónico. Y determinan que la categorización de burnout como proceso, y por lo tanto como respuesta al estrés laboral, es la más coincidente con las características del síndrome.

De esta manera se puede comprender el burnout como un factor mediador en la relación entre las consecuencias y el estrés percibido, surgiendo como una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias de afrontamiento funcionales usadas usualmente por el sujeto (Carlin y Garcés de los Fayos Ruiz, 2010).

Esta caracterización del síndrome como una respuesta desadaptativa o disfuncional al estrés laboral a partir de las condiciones laborales y relaciones interpersonales en el ámbito laboral resulta ser un punto de consenso entre múltiples autores.

Para Párragas Sánchez (2005) la aparición del síndrome depende de factores como inadecuada adaptación al estrés laboral, interacción del sujeto con los variados condicionantes del trabajo e interacciones interpersonales entre trabajador-cliente duraderas y/o intensas. Coincidiendo con este planteo, Gil-Monte (2005) enfatiza que el síndrome de burnout se desarrolla como una respuesta al estrés laboral crónico que se origina por una exigencia desmedida en las relaciones interpersonales que se establecen en el ámbito laboral, sobre todo con las personas que son asistidas, llevando al desarrollo

de los síntomas característicos del síndrome. De acuerdo a este mismo autor toda organización laboral al ser una organización social presenta riesgos psicosociales en la realización de su labor, pero el riesgo de esta exposición a la que se encuentran los trabajadores dependería de la calidad de las relaciones interpersonales que se formen en este ámbito, la cual va a depender del entrenamiento y capacitación que se le dé a los trabajadores y la organización por un lado, y del diseño del trabajo y la ordenación por otro. Por último, Perez Jauregui (2005) aclara que el síndrome se trata de un intento fallido por parte del sujeto de adaptarse a la gradual pérdida de los ideales, energía y metas propias de las profesiones de ayuda humana. Estas serían provocadas por la excesiva presión y demanda, acompañada de la insuficiente contención y apoyo por parte de las organizaciones donde trabajan estos profesionales. Para esta autora es aún más prevalente este síndrome en los profesionales que tienen niveles altos de expectativas e ideales de ayudar sin tener el suficiente grado de juicio de realidad a la hora de evaluar las características particulares del contexto y el paciente.

Por lo tanto, puede entenderse que de acuerdo a las teorizaciones de múltiples autores el uso de estrategias de afrontamiento que resulten desadaptativas para lidiar con el estrés laboral crónico tendría un papel en el desarrollo del síndrome.

2.3. Estrés.

2.3.1. Primera definición o acercamiento al concepto.

El estrés es un término que es utilizado tanto en la literatura científica como de manera habitual o coloquial en el lenguaje cotidiano, siendo este un concepto que ha ingresado a la sociedad en general y se le atribuyen muchas características y aspectos así como causas y consecuencias.

Incluso en las ramas científicas de la psicología, psicopatología y medicina los autores han utilizado el concepto con escaso rigor científico y demasiada libertad, siendo para la mayoría una fuente de tensión para el individuo, para algunos una referencia al malestar y para otros un término equitativo a sobresalto. A esta dificultad se suma el hecho de que el fenómeno y sus efectos ha sido estudiado tanto por varias ramas de la ciencia, entre ellas incluidas la psicología y la fisiología (Sierra, 2006).

Para comenzar se podría definir el estrés de acuerdo a la OMS como cualquier tipo de alteración o modificación que produzca una tensión emocional, física o psicológica. Entendiéndose al estrés también como la respuesta del cuerpo a cualquier cosa o situación que requiera atención y acción para adaptarse y sobrevivir (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023).

Si bien esta primera descripción sirve como un acercamiento general al concepto, no agota la profundidad y amplitud del mismo, haciendo necesario primero una revisión histórica del fenómeno.

2.3.2. Historia del concepto.

El término estrés ya se utilizaba de una forma no técnica y en el campo de la ingeniería entre los siglos XIV y XVII, como sinónimo de aflicción o dificultad y para referirse a la fuerza que una estructura debía resistir (Hinkle, 1973, Lumsden, 1981 citados en Lazarus, 2000). También en el siglo XVII fue Hooke quien comenzó a hablar del estrés dentro del campo de la física, refiriéndose al mismo como la cantidad de energía interna creada para contrarrestar la energía externa que aplica presión en un área (Hinkle, 1973, 1977, citado en Lazarus y Folkman 1984).

Más adelante en el siglo XIX el concepto de estrés y sus términos asociados utilizados en la rama de la física pasaron a ser tratados dentro del campo de la medicina como causantes de enfermedad. En este siglo fue a partir de los descubrimientos del fisiólogo Claude Bernard sobre la función reguladora del hígado sobre muchos procesos biológicos y psicológicos que llevó a que los científicos se enfocarán en el fenómeno de la homeostasis, entendiendo este como lo que permite que se mantenga en el cuerpo un equilibrio interno estable necesario para la supervivencia y adaptación (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 2000).

Partiendo de lo desarrollado por Bernard, Walter Cannon (1932 citado en Lazarus, 2000) investigó la reacción instintiva de lucha y huida y sus efectos sobre la alteración de la homeostasis, describiendo que tanto para mantener la huida o el ataque ante el peligro el organismo debe movilizar sus recursos propios, generando la tensión necesaria para que se mantenga la homeostasis. Cannon también explicó que si los estados de ira y miedo son intensos y prolongados producen estrés fisiológico, posiblemente perjudicando al organismo.

Es el fisiólogo Hans Selye (1936 citado en Lazarus y Folkman, 1984) quien comenzó a utilizar el término de estrés de una manera técnica definiéndolo sistemáticamente como un conjunto de defensas corporales organizadas para confrontar cualquier forma de estímulo nocivo, incluyendo amenazas psicológicas. Selye denominó esta reacción el Síndrome General de Adaptación (SAG), y expuso una diferenciación importante, aclarando que el estrés no es una demanda ambiental, sino un conjunto de procesos y reacciones fisiológicas universales que eran creados por una demanda ambiental (estresores). El SAG tiene 3 estadios, siendo el primero la reacción de alarma donde un agente nocivo pone en funcionamiento el proceso neurohumoral del cuerpo para defenderse; el segundo estadio se trata de la resistencia, donde si se mantiene el estrés el cuerpo moviliza recursos para defenderse; y el tercer estadio es el del agotamiento, causado por la utilización de recursos, donde Selye explica que si bien el SAG permite la adaptación al entorno y es importante para la supervivencia, de mantenerse prolongadamente el estrés resultaría en efectos nocivos y perjudiciales para el organismo, dificultando que este pueda sostenerse a sí mismo, incluso pudiendo llevar a la muerte (Lazarus, 2000).

Hay que destacar que el trabajo de Selye se centró en explicar solamente las características y mecánicas del estrés en términos fisiológicos, sin clarificar los análisis que podrían hacerse del fenómeno a nivel psicológico y sociológico, pero aun así sirvió

como un fuerte incentivo para que se comenzara a estudiar la temática en investigaciones siguientes (Lazarus y Folkman, 1984).

Lazarus y Folkman (1984) también destacan como importante los aportes en el campo de la medicina de Harold G. Wolff entre las décadas de 1940 y 1950, quien señalaba que el estrés se trataba de un estado dinámico del organismo en su adaptación a las demandas del ambiente. Esta consideración por el aspecto dinámico del estrés es lo que diferencia su conceptualización en las ciencias biológicas de las físicas. Mientras que en las últimas es considerado un proceso pasivo, en las ciencias biológicas el estrés es un proceso activo en el que un organismo se esfuerza por adaptarse y mantener su equilibrio. El considerarlo como un aspecto dinámico también nos permite enfocarnos en la relación constante que se da entre el ambiente y el organismo, posibilitando también prestar atención a otros aspectos del estrés que pasarían desapercibidos de otra forma, como el uso de recursos para el afrontamiento del estrés, sus beneficios y costos.

Hasta ese momento en las ciencias biológicas podemos observar cómo se partió desde el concepto de estrés traído de la física, el cual, a partir de distintos desarrollos teóricos a lo largo de las décadas, pasa a entenderse como un estado dinámico donde el organismo se esfuerza activamente en enfrentarse a las demandas del ambiente externo para mantener la homeostasis o regulación necesaria para sobrevivir. Y en el caso de prolongarse este estado en intensidad y duración dejaría al organismo perjudicado, impidiéndole responder correctamente a otras demandas del contexto.

Por otro lado, alrededor de esta época en el campo de la psicología el estrés era entendido como un factor esencial en la psicopatología, pero se lo equiparaba con la ansiedad, o se entendía que el estrés causaba la ansiedad (Lazarus y Folkman, 1984).

Fue a partir de las Guerras Mundiales, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, que se comenzó a impulsar en Estados Unidos el estudio empírico del estrés en la psicología, principalmente centrándose en los efectos que este tenía en los soldados, entendiendo que la guerra sería una de las causas más fundamentales para el surgimiento de estrés. Durante la Primera Guerra Mundial se comenzaron a observar los síntomas del trastorno de estrés postraumático en soldados, pero en ese entonces se la denominaba “crisis emocional inducida por el combate” y se la entendía como los shocks y efectos que tenían en el cerebro los enormes ruidos de las explosiones de las granadas, asignándole así una causa externa. Más adelante en la Segunda Guerra Mundial se dio un importante avance en el pensamiento científico y se le atribuyó una causa psicológica a

los trastornos y problemas emocionales experimentados por los soldados, denominándose ahora neurosis de guerra y entendiendo que eran causados por el estrés (Lazarus, 2000).

A partir de esta época, debido a los síntomas y trastornos que sufrían los soldados, el interés de la cúpula militar impulsó la investigación sobre el estrés esperando comprender cómo seleccionar a sus hombres para que fueran resistente al estrés que el combate producía y cómo entrenar a estos para que lo manejen efectivamente. En este contexto fue que se descubrió las diferencias individuales en las condiciones en que se producía el estrés y en las formas en que se respondía al estrés, haciendo necesario un cambio de perspectiva en las investigaciones sobre el estrés que comenzaron a considerar los factores de la personalidad y la relación que se daba entre el individuo y su medio (Lazarus y Folkman 1984; Lazarus, 2000).

Lazarus (2000) comenta que fue también a partir de la Segunda Guerra Mundial, donde se comenzó a considerar que los horrores de la guerra no solo afectaban a los soldados, sino también a los civiles, los cuales también podían volverse víctimas del estrés a partir de eventos traumáticos. Lentamente se comenzó a comprender que el estrés era una problemática también en tiempos de paz, lo cual acompañado del cambio de perspectiva sobre el estrés que comenzaba considerar las diferencias individuales y la relación del individuo con su contexto, dio lugar al crecimiento exponencial de la industria del estrés entre las décadas del 60 en adelante. Este crecimiento también vino acompañado de una expansión del interés por el estrés desde el sector militar a otros ambientes de investigación y el interés general de los miembros de la sociedad. Los profesionales comenzaron a señalar cómo el estrés se produce también en el hogar, en el ámbito educativo, laboral y en cualquier contexto donde las personas se relacionan en profundidad con otras o trabajan en equipo con estas. Con el tiempo también el conocimiento sobre el estrés comenzó a transmitirse a las masas a través de los medios de comunicación, aumentando el interés en el mismo.

2.3.3. Definiciones y modelos teóricos sobre el estrés:

Dentro de la literatura científica se pueden diferenciar tres modelos teóricos sobre el estrés: aquellos que conciben el estrés como un estímulo, los que conceptualizan el estrés como respuestas a demandas del ambiente, y la perspectiva transaccional o interaccional (Guerrero Barona, 1996; Sierra, 2006).

Dentro del modelo de estrés como estímulo, se explica el estrés en términos de estímulos externos al sujeto que producen alteraciones en el funcionamiento del organismo (Guerrero Barona, 1996). Distintos autores dentro de esta perspectiva definen al estrés como estímulos inusuales o muy intensos que ante una situación o suceso amenazante se produce una alteración en los procesos homeostáticos dando lugar a cambios importantes en la conducta (Sierra, 2006). Por otra parte, autores como McGrath (1970 citado en Sierra, 2006), Blanco (1986 citado en Sierra, 2006) y Cox (1978 citado en Sierra, 2006) critican este punto de vista señalando que no logra considerar las diferencias individuales ante distintas situaciones que producen o no estrés, y presentan al ser humano como un sujeto pasivo ante los factores ambientales. A su vez Lazarus y Folkman (1984) consideran que estos enfoques no terminan de explicar con la claridad suficiente qué es lo que determina que un estímulo sea un estresor y cómo una respuesta al estrés se vincula a un estresor específico.

Estas críticas dieron lugar a la perspectiva del segundo grupo de definiciones donde encontramos la concepción del estrés de Selye (1974 citado en Guerrero Barona, 1996) como respuesta inespecífica del organismo ante demandas del ambiente. También se incluye en esta perspectiva la concepción de Kals (1978 citado en Sierra, 2006) que considera el estrés como una conducta producida como respuesta cuando la capacidad de tolerancia o afrontamiento del sujeto ante las demandas del ambiente se ve superada. Blanco (1986 citado en Sierra, 2006) y McGrath (1970 citado en Sierra, 2006) argumentan que para esta perspectiva las situaciones que generan estrés son aquellas que producen un patrón determinado de respuestas fisiológicas como el aumento de presión sanguínea, pero también existen una cantidad considerable de situaciones no vinculadas al estrés, como hacer ejercicio físico, que también generan el mismo patrón fisiológico de respuesta.

Por último, el tercer modelo explicativo del estrés concilia ambas perspectivas anteriores, entendiendo que el estrés se genera a partir de la interacción entre el organismo y el contexto con el que interactúa (Sierra, 2006). Desde este punto de vista las teorías enfatizan el rol de los factores cognitivos como creencias y pensamientos, los cuales actúan como mediadores entre los estímulos estresores y las respuestas de estrés. Richard S. Lazarus es considerado el máximo representante de esta teoría (Guerrero Barona, 1996).

Lazarus y Folkman (1984) señalan la importancia de una concepción transaccional del estrés refiriéndose a que, si bien hay ciertas situaciones que pueden ser consideradas

universalmente estresantes, como la pérdida de un ser querido u los horrores de la guerra, cuando nos concentramos en situaciones amenazantes o tensas de la vida cotidiana encontramos una mayor variabilidad en las situaciones que son consideradas o no estresantes y el grado en que lo son de acuerdo al sujeto. Por eso cualquier concepción del estrés que la reduzca a consecuencia de condiciones puramente externas terminará siendo demasiado simplista y dejando de lado la complejidad propia del fenómeno. A partir de estas consideraciones los autores definen el estrés como la relación particular que se da entre el contexto y la persona que evalúa al mismo como demandante o desbordante de sus propios recursos volviéndose peligroso para su bienestar.

2.3.3. Modelo transaccional del estrés, valoración cognitiva y afrontamiento.

Como ya se ha descrito, debido a las perspectivas reduccionistas y fallas en lograr representar la complejidad y diversidad individual del fenómeno del estrés de los modelos de estrés como estímulo y estrés como respuesta, es la tercera perspectiva conciliadora del modelo transaccional que permite contemplar la profundidad del estrés, entendiéndolo como una relación activa y constante que se da entre el sujeto y su ambiente.

Debido a que desde esta perspectiva se considera que se da una relación estresante entre el medio y el sujeto cuando se da un desequilibrio donde las demandas ambientales exceden los recursos psicológicos del sujeto (Lazarus, 2000), se introducen así dos aspectos esenciales para el modelo transaccional: valoración cognitiva y afrontamiento.

La valoración cognitiva es el proceso de evaluación que determina el grado y el por qué una transacción o serie de transacciones entre el ambiente y el sujeto resulta estresante. Este proceso es vital para la supervivencia del sujeto, ya que permite clasificar situaciones y sus aspectos de acuerdo a su influencia en el bienestar del individuo. El sujeto va a determinar que una situación es estresante si amenaza o impide el logro de metas, intenciones o expectativas valoradas como importantes para el sujeto. Así el grado de estrés depende de la intensidad del compromiso que el individuo tiene con estas metas y también de las expectativas y creencias personales que estas crean. El estrés va a estar influenciado o determinado en mayor parte por el significado personal de la situación que asigna el sujeto (Lazarus y Folkman 1984; Lazarus 2000).

Dentro del proceso de evaluación cognitiva se puede distinguir dos actos: una evaluación primaria y una evaluación secundaria.

En la evaluación primaria se determina si lo que está sucediendo es relevante para las creencias del self y el mundo, los objetivos, intenciones situacionales y los valores personales, ya que en el caso de no serlo no hay importancia adaptativa para el individuo por lo que este no necesita que se dé una reacción emocional o de estrés para mantener el propio bienestar. Por medio de esta evaluación primaria se puede determinar que el suceso o situación es: irrelevante, si en todos los posibles resultados el sujeto no tiene nada que perder o ganar; positiva, si un resultado produciría un enriquecimiento para el bienestar; o de estrés, donde al determinarse que existen condiciones para que se produzca el estrés se da la alternativa transaccional de daño/pérdida, amenaza y desafío (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 2000).

El daño/pérdida se refiere a cuando el sujeto ya ha sufrido un perjuicio o daño, que puede ir desde heridas físicas hasta pérdidas de estatus social o seres queridos. La amenaza es cuando se percibe una pérdida o daño que aún no ha ocurrido, pero puede ser anticipada, permitiendo así la movilización de mecanismos de afrontamiento al estrés. El desafío, por último, es similar a la amenaza en el sentido de que también genera la activación del afrontamiento, pero en vez de enfocarse en los daños potenciales y emociones negativas el desafío se enfoca en el potencial inherente de crecimiento y ganancia en un encuentro, caracterizándose por emociones de tinte más placentero y positivo como excitación y anhelación (Lazarus y Folkman, 1984).

Después de que se produzca una valoración primaria de daño, amenaza o desafío, se pone en marcha el acto secundario de la valoración, que es el proceso cognitivo-evaluador para determinar qué opciones de afrontamiento puede poner en marcha el sujeto ante esta relación estresante con el medio. Esta evaluación es el sustrato cognitivo del afrontamiento del estrés, y no el afrontamiento en sí mismo (Lazarus, 2000).

Lazarus (2000) explica que en parte las diferencias individuales en la valoración cognitiva de situaciones como estresantes o no se ve explicada por la confianza en uno mismo, la cual varía de un sujeto a otro. Así los sujetos con mayor confianza en sí mismos, sus recursos y capacidades para superar los obstáculos y los peligros, tenderán a categorizar las situaciones estresantes como desafíos en lugar de amenazas, mientras que a mayor inseguridad se experimentará más situaciones como amenazantes. Aun así, también las situaciones pueden variar en cuanto a la cantidad de demandas que exigen de los sujetos. Si presentan flexibilidad suficiente para la aplicación de recursos personales y las demandas no son excesivas promueven el desafío, mientras que si imponen una

cantidad excesiva de demandas para el sujeto y sus recursos, estas tienden a ser amenazadoras.

Es importante destacar que existen variables ambientales que influyen sobre la valoración de una situación o suceso. Consisten en aspectos como impredecibilidad/predictibilidad, novedad/familiaridad, inminencia, temporalización, duración y claridad o ambigüedad de significado. Estas variables también moderan el efecto que tienen las variables de contenido de las situaciones o hechos que son evaluados, los cuales consisten en: limitaciones y oportunidades del individuo por un lado y las demandas situacionales por el otro (Lazarus, 2000).

A partir de esta descripción puede entenderse que la valoración cognitiva es central para el modelo transaccional del estrés, ya que es a través de este proceso que se califica la relación con el ambiente como subjetivamente amenazadora y demandante en exceso de recursos personales del sujeto, siendo esta apreciación subjetiva de la situación como tal necesaria para que la relación entre individuo-ambiente resulte en estrés.

El otro aspecto esencial del modelo transaccional del estrés es, como ya se nombró anteriormente, el afrontamiento al estrés. El afrontamiento consiste en el proceso por el cual el sujeto enfrenta o interactúa con las demandas de la relación transaccional entre persona-ambiente, definida como estresante por el proceso de valoración cognitiva (Lazarus y Folkman, 1984).

2.3.4 Desencadenantes del estrés laboral.

Partiendo de la perspectiva transaccional, Peiró (2001) trabaja sobre el estrés laboral, reconociendo que un episodio de estrés comienza con una situación personal o ambiental que le plantea exigencias al sujeto que no puede manejar o controlar volviéndose una amenaza para su bienestar. El autor denomina a estas situaciones personales o ambientales como estresores o desencadenantes de estrés y propone una categorización de los principales estresores en el ambiente laboral (Peiró 1999a, citado en Peiró 2001):

- Relaciones interpersonales y grupales en el ambiente laboral: pueden ser desencadenantes de estrés tanto las relaciones con compañeros como con clientes, superiores y subordinados.
- Características y contenidos de las tareas laborales: estas incluyen aspectos como la retroalimentación que se recibe por la ejecución de tareas,

oportunidad de control, complejidad del trabajo, el uso de habilidades permitidos por las tareas y la identidad asociada a las tareas.

- Estresores del ambiente físico: incluye aspectos del ambiente físicos como vibración, iluminación, temperatura, etc.
- Demandas del propio trabajo: consiste en la actividad laboral desempeñada por el sujeto y sus características como la sobrecarga laboral y la exposición de riesgo, entre otros, pueden funcionar como fuentes de estrés.
- Relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida: este incluye un grupo de estresores laborales que se presentan en otras esferas de la vida, como la vida familiar, debido a su relación con aspectos del trabajo, presentando demandas conflictivas entre ambos espacios.
- Desempeño de roles: se refiere a factores como la ambigüedad, sobrecarga y conflicto de rol.
- Características del clima o estructura organizacional: tales como poco apoyo social entre los miembros, excesiva centralización o burocratización.
- Desarrollo de la carrera laboral: diversas características de esta pueden ser desencadenantes de estrés como, por ejemplo, las transiciones de rol, inseguridad laboral, promociones demasiado lentas o rápidas.
- Nuevas tecnologías: incluyendo aspectos como problemas de diseño, gestión e implantación de las mismas.

De esta manera estos son los principales factores desencadenantes en ambientes laborales que tenderían a producir una relación amenazante y demandante en la relación sujeto-ambiente y por lo tanto deben ser tenidas en cuenta para poder comprender el fenómeno del estrés laboral.

2.4. Estrategias de afrontamiento del estrés.

2.4.1. Introducción al concepto de afrontamiento.

Como una primera definición podemos conceptualizar el afrontamiento o manejo como un proceso que incluye el conjunto de acciones, pensamientos y sentimientos que utilizan los individuos a la hora de enfrentarse a situaciones problemáticas con el objetivo de resolver problemas y reducir tensiones. Es importante señalar que no necesariamente estos esfuerzos por enfrentar las situaciones problemáticas serán exitosos, y que en muchos casos el individuo deberá utilizar distintos recursos o métodos de afrontamiento hasta lograr enfrentar o manejar el estrés que la situación problemática genera. (Della Mora, 2006).

Fryndenber y Lewis (2000 citados en Bertella y Parola, 2009) caracterizan al afrontamiento como estrategias o métodos cognitivos y conductuales que permiten adaptarse exitosamente al medio.

De acuerdo a estos primeros acercamientos podemos comenzar señalando que el afrontamiento no sólo se trata de un proceso dinámico y cambiante para enfrentarse al estrés que generan ciertas situaciones, sino que también tiene el carácter de permitir la adaptación o supervivencia del individuo. Este proceso a su vez implica la utilización de recursos del propio sujeto variados y de distintas categorías. A continuación, se procede a exponer el desarrollo histórico del concepto y a definir más en profundidad sus características.

2.4.2. Desarrollo histórico del afrontamiento.

Refiriéndonos brevemente a la historia del concepto de afrontamiento al estrés, Lazarus (2000) señala que el interés científico por este proceso comenzó a expandirse rápidamente a partir de la década de 1970. Lazarus y Folkman (1984) remarcan que pueden hallarse dos tradiciones teóricas: una basada en el estudio del afrontamiento animal donde se define al afrontamiento como acciones para controlar condiciones adversas del ambiente, siendo considerado un modelo demasiado simplista que no permite apreciar la riqueza cognitiva-emocional involucrada en el proceso en seres humanos; y otra basada en un modelo psicoanalítico del yo, donde el afrontamiento se

define como actos y pensamientos flexibles y realistas que permiten reducir el estrés al resolver problemas. Este último modelo fue desarrollado por varios autores y fue dominante en el campo de la medición del afrontamiento, donde se elaboraron taxonomías para predecir cómo ciertos tipos de personas responderían a sucesos estresantes. Estas taxonomías se conceptualizaron como estilos de afrontamiento o rasgos de afrontamiento, siendo las primeras categorías abarcativas y amplias, mientras que las últimas eran consideradas más específicas y como propiedades de las personas que determinaban que tendieran a reaccionar de cierta manera. Una limitación importante de esta forma de entender el afrontamiento es que se teorizaba a partir de estudios de caso, los cuales en muchas ocasiones se limitaban a ser retratos idiográficos del sujeto estudiado impidiendo la generalización, comparación y análisis de los resultados.

Estos mismos autores encuentran cuatro grandes limitaciones en estos enfoques tradicionales. Primero, el considerar el afrontamiento como rasgos o estilos estructurales y estáticos que tienden a mantenerse siempre estables con el paso del tiempo resulta reduccionista e ignora la complejidad del proceso de afrontamiento, en el cual si bien se ha hallado evidencia de cierta consistencia en las formas de afrontamiento de un sujeto, estos modelos tradicionales han fallado en predecir adecuadamente las formas en que los sujetos responden a los problemas. Segundo, no logran distinguir adecuadamente entre afrontamiento y comportamientos adaptativos automatizados, equiparando en muchos casos todos los procesos adaptativos o todo lo que hacemos en relación con el ambiente al afrontamiento, cuando en realidad este último es un subgrupo de procesos y actividades adaptativas que requieren un esfuerzo. Tercero, se suele confundir el afrontamiento con los resultados adaptativos exitosos, cuando en realidad debe concebirse al mismo como un esfuerzo por manejar demandas estresantes que engloba por lo tanto resultados positivos como negativos, evitando así caer en categorizaciones que consideran una estrategia de afrontamiento como inherentemente mejor o peor que otras y que tiene en cuenta tanto las condiciones particulares de la situación, el sujeto y la relación entre estos para definir un afrontamiento como favorable o desfavorable. Cuarto, estos enfoques también cometen el error de equiparar el afrontamiento con el dominio del ambiente y la solución de problemas, devaluando de esta manera otras funciones del afrontamiento relacionadas con el mantenimiento de una perspectiva optimista, del autoestima y el manejo de emociones frente a situaciones irremediables como desastres naturales o pérdidas inevitables que son parte de la condición humana (Lazarus y Folkman, 1984).

2.4.3. Modelo transaccional del afrontamiento.

Planteando estas dificultades de los modelos tradicionales, Lazarus y Folkman (1984) proceden a proponer su propia formulación de afrontamiento como proceso, definiéndola como los esfuerzos cognitivos y conductuales dinámicos para manejar demandas internas y externas específicas determinadas como estresantes por la valoración cognitiva. Concebir el afrontamiento como un proceso supera las limitaciones de los modelos tradicionales, entendiendo que el afrontamiento consiste en las acciones y pensamientos del sujeto dirigido a situaciones y condiciones específicas, así como que este proceso es siempre cambiante porque el mismo sujeto necesitará en algunas momentos utilizar determinadas formas de afrontamiento mientras que a medida que cambien las condiciones en la relación transaccional con el ambiente requerirá del uso de otras maneras de afrontamiento. Estos cambios pueden deberse a los resultados del afrontamiento dirigido a cambiar la interpretación interna de ciertos eventos, resultados del afrontamiento con el objetivo de modificar el contexto, o cambios en el ambiente independientemente del individuo.

Richaud de Minzi (2006) agrega que el categorizar el afrontamiento como un proceso hace necesario centrarse en lo que hace y piensa el individuo en un contexto particular donde se van a ir dando cambios continuos a medida que se despliega la interacción entre ambos, a causa de la evaluaciones y reevaluaciones dinámicas de la relación individuo-entorno.

De acuerdo a este modelo el afrontamiento tiene funciones, refiriéndose al propósito detrás de una estrategia determinada, y se identifican dos principales: el afrontamiento centrado en el problema y el centrado en la emoción. En el centrado en el problema la persona analiza y obtiene información sobre posibles acciones a realizar que luego selecciona y ejecuta con el objetivo de modificar las condiciones de la relación persona-ambiente estresante. Generalmente estrategias de este tipo de función implican esfuerzos dirigidos a definir el problema, evaluar las soluciones alternativas en términos de beneficios y costos, seleccionando entre estas y ejecutándolas. Es importante señalar que el afrontamiento centrado en el problema incluye estrategias dirigidas hacia el sí mismo, así como al ambiente. Las primeras son estrategias con el objetivo de realizar modificaciones cognitivas o motivacionales como encontrar caminos alternativos de gratificación, aprender nuevas habilidades o alterar el nivel de aspiración. Las dirigidas

al ambiente implican modificar las barreras, recursos y presiones del contexto (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 2000).

El afrontamiento centrado en la emoción en cambio persigue el objetivo de mantener reguladas las emociones generadas a partir de una situación estresante, pero sin producir cambios o alteraciones en la realidad objetiva de la situación estresante. Así mientras algunas estrategias reducen el estrés emocional como la minimización, evitación, y valoración de aspectos positivos en eventos negativos, otras estrategias se enfocan en aumentar el impacto emocional ya sea para movilizar al sujeto a actuar o para producir satisfacción luego de experimentar el distrés emocional en profundidad (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 2000).

Lazarus y Folkman (1984) además señalan que las formas de afrontamiento centradas en el problema suelen aparecer como respuestas a condiciones que son apreciadas como potencialmente modificables de acuerdo a la valoración cognitiva, mientras que el afrontamiento centrado en la emoción suele producirse como resultado de identificar condiciones ambientales que no pueden ser modificadas o que el sujeto no tiene posibilidades de cambiar con los recursos y sus capacidades disponibles.

2.4.4. Dimensiones o estrategias de afrontamiento.

Antes de explicar en profundidad las clasificaciones de las estrategias de afrontamiento, es importante diferenciar entre estrategias y estilos de afrontamiento. De acuerdo con Fernández-Abascal (1997, citado en Martín Díaz et al. 1997) mientras que las estrategias de afrontamiento son procesos específicos que se ejecutan en cualquier contexto siendo por lo tanto dinámicas y cambiantes dependiendo de las condiciones que la desencadenaron, los estilos de afrontamiento son predisposiciones personales para enfrentar situaciones estresantes, determinando la preferencia de un sujeto por el uso de ciertas estrategias de afrontamiento específicas a lo largo del tiempo y las diferentes situaciones. Carver y Scheier (1994) también definieron los estilos de afrontamiento como tendencias a utilizar en mayor grado ciertas estrategias de afrontamiento que otras en contextos estresantes, mientras que concibieron las estrategias de afrontamiento como las reacciones concretas que pueden cambiar de un momento a otro a lo largo de las diferentes situaciones o fases de una transacción estresante. De esta manera proponen que los estilos de afrontamiento pueden influenciar sobre cuáles estrategias concretas serían utilizadas por el sujeto en diversos contextos. A su vez Casullo y Fernández Liporace

(2001 citado Bertella y Parola, 2009) definen las estrategias de afrontamiento como grupo de respuestas utilizadas por una persona para reducir tensiones y resolver situaciones problemáticas. Los distintos aportes de estos autores coinciden en que mientras que las estrategias de afrontamiento se refieren los esfuerzos específicos que el sujeto llevaría a cabo al afrontar una situación para disminuir el estrés, los estilos de afrontamiento es un concepto más amplio que refleja tendencias personales con cierta estabilidad que lleva a que un sujeto decida usar con más frecuencias algunas estrategias de afrontamiento en comparación con otras.

Realizada esta distinción, es posible ahora centrarnos en las categorizaciones de estrategias de afrontamiento. Lazarus (2000) describe que, a partir de la elaboración del inventario de estrategias de afrontamiento Ways of Coping Questionnaire (WCQ) en 1988, definieron una clasificación de ocho dimensiones de afrontamiento: búsqueda de apoyo social, escape-evitación, aceptación de responsabilidad, afrontamiento confrontador, revalorización positiva, autocontrol, distanciamiento y resolución planificada de problemas. A continuación, se describen las mismas de acuerdo a Folkman et al. (1986):

- **Búsqueda de apoyo social:** implica esfuerzos por buscar y obtener en otros soporte emocional, informacional o ayuda a partir de acciones concretas sobre el problema.
- **Escape-evitación:** se refiere a esfuerzos para escapar o evadir las situaciones, así como pensamientos fantasiosos o ilusorios sobre los hechos estresantes.
- **Aceptación de responsabilidad:** el reconocimiento del rol de uno mismo sobre el problema con la intención de cumplir con lo que es considerado correcto o justo.
- **Afrontamiento confrontador:** implica esfuerzos agresivos o con un rasgo de hostilidad y toma de riesgo para alterar la situación.
- **Revalorización positiva:** se refiere a los esfuerzos para elaborar o brindar un significado positivo a los hechos centrándose en el crecimiento personal, pudiendo también incluir aspectos religiosos.
- **Autocontrol:** esfuerzos por regular las propias acciones y sentimientos ante la situación.
- **Distanciamiento:** intentos de alejarse o separarse de la situación o esfuerzos por crear una visión optimista de la misma.

- **Resolución planificada de problemas:** incluye esfuerzos deliberados con una perspectiva analítica del problema y la elaboración de un plan para alterar la situación.

Estos ocho tipos de estrategias de afrontamiento a su vez se clasifican de acuerdo a las dos funciones del afrontamiento identificadas por Lazarus y Folkman. Las estrategias de aceptación de responsabilidad, distanciamiento, escape-avoidancia, reevaluación positiva y autocontrol se incluyen dentro del afrontamiento dirigido a la emoción, las estrategias de afrontamiento confrontativo y resolución planificada de problemas se categorizan como propias del afrontamiento centrado en el problema, y por último la estrategia de búsqueda de apoyo social se considera que posee elementos del afrontamiento centrado en el problema y del centrado en la emoción (Tijeras Iborra et al., 2015).

Billings y Moos (1981) y Moos y Billings (1982) continúan en la línea de Lazarus y Folkman, identificando, además del afrontamiento centrado en la emoción y el afrontamiento centrado en el problema, una tercera función o tipo de afrontamiento: el afrontamiento centrado en la evaluación. Este va consistir en esfuerzos para modificar la forma de interpretar el conflicto o situación estresante para disminuir el impacto que este tiene en el sujeto. Estos tres procesos de afrontamiento se van a dividir en nueve dimensiones o estrategias de afrontamiento según estos autores. Dentro del afrontamiento centrado en la evaluación se encuentran las estrategias de evitación cognitiva, análisis lógico y redefinición cognitiva. El afrontamiento centrado en el problema incluye las estrategias de requerimiento de información, gratificación alternativa y acción. Y por último dentro del afrontamiento centrado en la emoción se incluyen las estrategias de aceptación con resignación, control afectivo y descarga emocional. A continuación, se describen en profundidad estas estrategias:

- **Evitación Cognitiva:** el sujeto evita pensar en el problema o niega su existencia, realizando un retiro o abandono psicológico.
- **Análisis lógico:** el sujeto observa e identifica las causas del problema y de acuerdo a sus experiencias pasadas, elabora mentalmente distintas alternativas de acción para enfrentar el problema y considera las posibles consecuencias de estas.
- **Redefinición cognitiva:** se refiere a centrarse o enfocarse en los aspectos favorables y positivos de la situación estresante.

- **Gratificaciones alternativas:** se realiza una búsqueda de recompensas y fuentes de satisfacción alternativas con el objetivo de distraerse de la situación amenazante.
- **Requerimiento de información:** el sujeto busca asesoramiento, orientación, guía y apoyo en otras personas, tanto sobre aspectos emocionales o prácticos para enfrentar la situación.
- **Acción:** se refiere a llevar a cabo una serie de estrategias o planes específicos para solucionar el problema.
- **Aceptación con resignación:** se da una resignación pasiva y una inhibición generalizada en el sujeto que le imposibilita actuar adecuada o adaptativamente.
- **Control afectivo:** el sujeto lleva a cabo una represión de los sentimientos y emociones negativos, con el objetivo de lograr una expresión medida o regulada de las emociones.
- **Descarga emocional:** se da un fracaso del control afectivo y el sujeto expresa abiertamente sus emociones, aunque no estén aprobadas socialmente.

El presente trabajo adhiere a esta calificación de las funciones y dimensiones del afrontamiento de Moos y Billings.

2.4.5. Efectividad del afrontamiento y su relación con el Síndrome de Burnout.

Lazarus y Folkman (1984) explican que la efectividad de una estrategia de afrontamiento va a estar determinada de acuerdo al grado en que responde apropiadamente a demandas internas y/o externas de la situación. También estos autores señalan que para que el afrontamiento sea efectivo es necesario la utilización de tanto el afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción, pudiendo tanto manejar la fuente específica del problema a la vez que regulan sus emociones producidas por las demandas estresantes. Además, remarcan la importancia de que también haya coherencia entre las estrategias de afrontamiento utilizadas y otros aspectos del individuo como: metas, valores, creencias, estilos de afrontamiento y compromisos.

Lazarus (2000) agrega a esto que “la eficacia de cualquier estrategia de manejo depende de su continua adaptación a las demandas situacionales y oportunidades que

ofrecen las condiciones ambientales a las que se enfrenta el individuo, así como de los criterios de resultados empleados para evaluarlas” (p. 134).

Además, este autor señala que el afrontamiento actúa como un mediador, no un moderador, del resultado emocional de un evento estresante, siendo que de acuerdo a la estrategia de afrontamiento que se utilice el estado emocional puede cambiar desde el principio del evento estresante hasta el final del mismo. Específicamente señala que estrategias como el afrontamiento confrontador y el distanciamiento producen cambios emocionales desde estados positivos a negativos, mientras que la revalorización positiva y la resolución planificada de problemas producen estos cambios en la dirección opuesta (Lazarus, 2000).

De esta manera desde la perspectiva de Lazarus y Folkman es necesario para que un afrontamiento se considere “eficaz” que el sujeto utilice tanto estrategias de afrontamiento centradas en el problema como en la emoción, y que estas se adapten constantemente no solo a los aspectos del ambiente sino también a variables particulares del sujeto como sus valores, metas, compromisos, creencias y estilos de afrontamiento.

De acuerdo a Giordano y Everly (1986 citado en Bertella y Parola, 2009) las estrategias de afrontamiento también pueden clasificarse en adaptativas, las cuales reducen el estrés y promueven a largo plazo la salud del sujeto, y en inadaptativas, las cuales tienen un efecto negativo en la salud a largo plazo ya que al utilizarse sólo reducen el estrés a corto plazo. Richaud de Minzi (2006) siguiendo en la línea de estos autores y tomando como punto de partida la clasificación de Moos y Billings al formular su propio cuestionario de Evaluación del Afrontamiento en niños de edades de 8 a 12 años considera que las estrategias de afrontamiento funcionales o adaptativas incluyen: la redefinición cognitiva, análisis lógico, acción y requerimiento de información. Mientras que por otro lado las disfuncionales o inadaptativas incluyen: evitación cognitiva, control afectivo, aceptación con resignación, gratificaciones alternativas y descarga emocional. La autora basa esta división en que las estrategias incluidas dentro de las disfuncionales se enfocan en afrontar el estrés sin hacer desaparecer la amenaza o actuar directamente sobre el problema resolviendo, muchas veces incluso evitando la acción por medio de evasión o por un control desmedido, mientras que las estrategias incluidas dentro de las funcionales suelen actuar directamente sobre la amenaza resolviendo el problema. Si bien esta clasificación la realizó con el fin de aplicarla a un cuestionario para la evaluación del afrontamiento en niños, se ha utilizado en otras investigaciones sobre poblaciones adultas con clasificaciones muy similares o iguales (Popp, 2008; Sapetti y Toso Aguilar, 2017).

Aun así, la autora remarca que de acuerdo a diversos autores debe interpretarse que estas estrategias son generalmente funcionales o disfuncionales, ya que cualquier estrategia puede resultar funcional o eficaz en reducir y moderar el estrés de acuerdo al contexto, como han descrito Lazarus y Folkman.

Cabe destacar que múltiples autores señalan el papel que tienen las estrategias de afrontamiento en relación al síndrome de burnout. Gil Monte (2005) afirma que el síndrome se presenta progresivamente cuando el sujeto, para protegerse del estrés laboral, usa afrontamientos pocos funcionales y adaptativos. Más específicamente diversos autores han investigado la relación entre las estrategias de afrontamiento centrado en el problema y centradas en la emoción con el desarrollo del síndrome de burnout y sus dimensiones. A partir de los resultados de diversas investigaciones se suelen asociar las estrategias del afrontamiento centrado en problemas con niveles menores de burnout, mientras que el uso con más frecuencia de estrategias centradas en la emoción en la mayoría de los casos tiende a relacionarse con mayores niveles de burnout, con la excepción de la estrategia de búsqueda de apoyo social que tiene una correlación negativa (Shin et al, 2014).

Leiter (1991) encontró que a mayor grado de uso de estrategias de afrontamiento de control (afrontamiento centrado en el problema) se veía un menor grado de agotamiento emocional y una valoración más positiva de la realización personal en profesionales trabajando en un hospital de salud mental. Jenaro et al (2007) investigando los tipos de estrategias y su relación con el síndrome de burnout en la población de trabajadores de servicios humanos encontraron que los sujetos que presentaban niveles bajos de burnout tendían a usar con más frecuencia estrategias activas orientadas al problema en vez de estrategias orientadas sobre las emociones que resultan más pasivas. Anderson (2001 citado en Hernández Zamora, 2004) también estudiando la población de profesionales de servicios sociales describe que había menores niveles de despersonalización y mayores niveles de realización personal en los profesionales que presentaban mayores niveles estrategias de afrontamiento activas y centradas en el problema que en aquellos que utilizaban estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. Chwalisz et al. (1992) además obtuvieron resultados que indican menores niveles de burnout asociados con mayores grados de uso de estrategias de afrontamiento centrado en el problema, así como mayores niveles de burnout correlacionado con el mayor grado de uso de estrategias de afrontamiento centrado en la emoción en una población de profesores de escuelas públicas.

Siguiendo en esta línea y enfocando esta relación en la población específica del personal de salud asistencial, Greenglass y Burkle (2001) hallaron que enfermeras de hospitales que utilizaban estrategias de afrontamiento de control o centradas en modificar la situación presentaban menores niveles de agotamiento emocional y mayores grados de satisfacción laboral. Ceslowitz (1999, como se citó en Hernández Zamora et al., 2004) por su lado indica que las enfermeras que frecuentemente emplean afrontamientos de carácter activo dirigidos al problema presentaron menores niveles de burnout. Mefoh et al. (2019) encontró que el afrontamiento centrado en la emoción se correlacionó positivamente con el agotamiento emocional y la despersonalización en profesionales de enfermería.

Si bien estas investigaciones utilizan clasificaciones distintas a las de estrategias de afrontamiento centrado en el problema y afrontamiento centrado en la emoción, varios autores coinciden en definir las estrategias de afrontamiento activas y de afrontamiento de control como equivalentes a las estrategias de afrontamiento centrado en el problema, y de la misma manera equiparan la estrategias de afrontamiento pasivo y afrontamiento de escape con aspectos del afrontamiento centrado en la emoción (Hernández Zamora et al, 2004; Jenaro et al, 2007; Shin et al, 2014).

Así las investigaciones indican que las estrategias centradas en la emoción son utilizadas con mayor frecuencia en sujetos que padecen niveles altos de burnout en comparación con los sujetos que utilizan con mayor frecuencia estrategias centradas en el problema. Aun cuando varios autores apuntan a esta relación importante entre tipos de afrontamiento y síndrome de burnout no ha habido suficiente investigación sobre esta asociación en una población Argentina.

En Argentina tanto Popp (2008) como Sapetti y Toso Aguilar (2017) realizaron investigaciones sobre la relación de las estrategias de afrontamiento con las dimensiones del síndrome de burnout a partir de la taxonomía de Moos y Billings. Estos últimos autores en específico también utilizaron una clasificación de las estrategias en funcionales y disfuncionales que coincide en su mayor parte con la utilizada por Richaud de Minzi (2006). Popp (2008) halló que las enfermeras que presentaban niveles inferiores de despersonalización y altos de realización personal utilizaron con más frecuencia estrategias funcionales, dentro de las cuales se incluían tanto estrategias centradas en el problema como centradas en la emoción y la evaluación. Sapetti y Toso Aguilar (2017) por su lado observaron correlaciones negativas entre el análisis lógico (una estrategia centrada en la evaluación) con el agotamiento emocional, una correlación positiva entre

evitación cognitiva (centrada en la evaluación) con el agotamiento emocional y la despersonalización, una correlación negativa entre evitación cognitiva y realización personal, y por último una correlación negativa entre el agotamiento emocional y el desarrollo de gratificaciones alternativas (una estrategia centrada en el problema). De nuevo las estrategias de afrontamiento que se asociaban con menores niveles en las dimensiones de burnout resultaron ser estrategias funcionales, mientras que la que se asociaba con mayores niveles en las dimensiones predictoras de burnout era una considerada disfuncional, exceptuando la relación encontrada con el desarrollo de gratificaciones alternativas.

A partir de estas dos investigaciones puede observarse que las investigaciones utilizando la clasificación de Moos y Billing de estrategias de afrontamiento no se han ajustado a los resultados de otros trabajos que presentan asociaciones entre niveles altos de burnout con mayor uso de estrategias de afrontamiento centrado en la emoción y lo opuesto con las estrategias de afrontamiento centrado en el problema. Más bien estas investigaciones sugieren que al usar esta clasificación suelen encontrarse asociaciones de estrategias de afrontamiento de las tres funciones (centrado en la evaluación, centrado en el problema, y centrado en la emoción) con niveles altos o bajos de las dimensiones de burnout, ajustándose más bien los resultados a la clasificación de las estrategias de afrontamiento en funcionales y disfuncionales, donde las estrategias funcionales se vinculan con menores niveles en las dimensiones de burnout y las disfuncionales con mayores niveles en las dimensiones de burnout.

A partir de esto se puede señalar que si bien muchas investigaciones sugieren la asociación entre estrategias de afrontamiento centrado en el problema con niveles bajos de burnout y viceversa con estrategias de afrontamiento centrado en la emoción, también hay autores que, como las investigaciones llevadas a cabo con la clasificación de Moos y Billings, han obtenido resultados que sugieren que no existen o no han hallado asociaciones significativas entre estrategias de afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción con el síndrome de burnout (Hernández Zamora et al, 2004; Shin et al, 2014).

Aquellas investigaciones que sugieren que no existe esta asociación particular coincidirían más con el enfoque de Lazarus y Folkman, concibiendo que los sujetos utilizarían todas las estrategias de afrontamiento para enfrentar las demandas del ambiente que produce el síndrome de burnout, y estas solo resultarían adaptativas si el

sujeto va cambiando de estrategias utilizadas a medida que cambia también la relación específica entre el sujeto y el ambiente.

2.5. Profesionales de enfermería.

2.5.1. Estrés laboral en enfermería.

Partiendo de la American Nurses Association (ANA) podemos entender la profesión de enfermería como la asistencia a individuos, familias y comunidades dedicándose al fomento de la optimización de la salud y capacidades del individuo, la protección de este y por lo tanto la prevención de lesiones y enfermedades, así como su tratamiento para aliviar su sufrimiento por medio del diagnóstico y respuestas humanas (Mena Tudela et al 2016).

Dentro de los rasgos fundamentales de la enfermería profesional se destacan: la creación de una relación humanitaria que potencie la salud, la integración de datos objetivos con conocimientos de la experiencia subjetiva de los pacientes que se atienden, y atención al abanico de experiencias y respuestas humanas a la enfermedad y salud en el entorno social-físico (Mena Tudela et al, 2016).

A partir de lo descrito puede reconocerse lo central que es para la profesión de enfermería el trabajo con el paciente en una relación humana, exigiendo que el profesional preste atención a la experiencia subjetiva del individuo, es decir lo que siente a partir de sus vivencias de la enfermedad y salud que son particulares y específicas a cada individuo, y aplicando sus conocimientos objetivos de su profesión esforzándose para promover o potenciar la salud del sujeto.

Justamente debido a que realizan sus labores a través de este vínculo humano donde deben involucrarse con el paciente y su vida, brindando cuidados directos a personas en sufrimiento psicológico y físico, que atraviesan enfermedades terminales y críticas, es que los profesionales de enfermería son uno de los grupos de trabajadores con mayor riesgo de desarrollar trastornos de estrés, así como un alto índice de deserción y abandono profesional. Con frecuencia, por los estresores diarios diversos generados por las características inherentes a su labor, el personal de enfermería padece síntomas de estrés laboral crónico como sensaciones de cansancio emocional, fracaso profesional y personal, deterioro de la calidad del trato ofrecido y el rendimiento, así como la pérdida de motivación (Mingote Adán y Pérez García, 2013).

Mingote Adán y Pérez García (2013) describen que es debido a factores como la sobrecarga laboral, los conflictos y ambigüedad del rol, la falta de autonomía en el trabajo

y la turnicidad que se da la aparición de estrés laboral en enfermería, siendo que estos se presentan con mayor frecuencia e intensidad en el ámbito de la Enfermería de Atención especializada en hospitales, en comparación con el ámbito de la Atención Primaria. Por esta razón es que se identifica que los profesionales de enfermería que se desempeñan en hospitales padecen mayores niveles de despersonalización, agotamiento emocional y baja realización personal.

Es también necesario destacar que la problemática del estrés laboral en enfermeras y enfermeros se ve atravesada por el fenómeno de feminización de la profesión. Esto se refiere a que históricamente la profesión de enfermería atravesó un proceso de profesionalización basado en la figura de Florence Nightingale, cuyo modelo ha sido proyectado en América Latina a partir de 1920, resultando en que la formación de profesionales de enfermería ha estado marcada por estereotipos de género como que la naturaleza femenina posee una habilidad innata para el cuidado, así como la creencia de que este cuidado debe darse con características altruistas. Estos estereotipos que siguen la lógica patriarcal determinan que la profesión de enfermería sufra de poco reconocimiento salarial, invisibilidad y menosprecio de su valor y mérito, precarización de su ejercicio, dificultades para ser reconocida como una profesión moderna, así como la falta de autonomía, encuadradas en relaciones de dominación de género que se ejercían históricamente por médicos varones, que llevan a que las enfermeras y enfermeros ocupen un lugar secundario en relación a otras profesiones de salud. Muchos de estos aspectos influyen en que los profesionales de enfermería se enfrenten a elevadas exigencias y jornadas laborales extensas, que causan desgaste emocional y físico, ausentismo y padecimientos de trastornos de estrés o burnout (Johnson et al., 2022).

2.5.2. Factores intervinientes en el estrés laboral en la enfermería.

Mingote Adán y Pérez García (2013) identifican cuatro factores que influyen en la aparición de estrés laboral de los profesionales de enfermería: características de la profesión de enfermería, características del trabajo clínico, características del desarrollo profesional en la empresa y factores personales de riesgo.

1. **Características de la profesión de enfermería:** se refieren a los conflictos y ambigüedades del rol profesional existentes en la enfermería debido a su desarrollo histórico y formación académica. En los principios de la profesión se esperaba de las enfermeras y enfermeros simpatía,

compasión y vocación, dejando como secundario sus competencias científicas-técnicas y subordinando la profesión a un papel de auxiliar al médico, en contradicción con la actualidad donde la enfermería se ha integrado como profesión específica en las universidades y los profesionales de enfermería han adquirido conocimientos y habilidades para la práctica del cuidado, asumiendo así responsabilidades propias de su rol particular. A pesar de estos desarrollos en la profesión, conflictos de rol causan que el enfermero y enfermera encuentren dificultades en la inserción dentro de los equipos de trabajo interprofesionales que trabajan en instituciones de salud. Esto se debe a que las organizaciones (como los hospitales) están arraigadas a un modelo biomédico de salud y a las creencias y estereotipos que dominaban la profesión en sus comienzos, imponiendo sobre los trabajadores de enfermería una labor rutinaria con gran dependencia médica y falta de autonomía, que no coinciden con el rol profesional específico que la enfermería ha desarrollado en la actualidad y en base al cual se lleva a cabo la formación académica.

Vinculado a esto, los adelantos médicos imponen un aumento de la carga de trabajo sobre los profesionales de enfermería, ocupando gran cantidad de su tiempo, impidiendo su desarrollo profesional y dificultando el cumplimiento de la función de cuidador y soporte del paciente y su familia. Esto produce que, al no poder desarrollar sus tareas fundamentales de cuidado de forma satisfactoria en la práctica diaria por los conflictos de roles y la carga de tareas delegadas, se genere un alto grado de frustración profesional y un progresivo desgaste personal.

Otra fuente de estresores se debe a que durante la formación no se provee a los estudiantes del imprescindible entrenamiento en habilidades sociales, afrontamiento del estrés, confrontación con la muerte y manejo de los errores necesarios para poder sobrellevar su labor. Así se produce una disociación teórico-práctica debido a lo alejada que está la educación profesional de la realidad, generando aún mayor frustración y disminución de la autoestima personal.

Adicionalmente otros estresores vinculados a las características de la profesión y su formación incluyen: la alta competitividad entre compañeros, inseguridad laboral futura, las excesivas cargas intelectuales

y emocionales del trabajo, falta de horas de sueño adecuadas y exigencias de su labor asistencial durante sus prácticas clínicas (Mingote Adán y Pérez García, 2013).

- 2. Características del trabajo de enfermería:** debido a la contradicción entre el modelo de persona y salud que tiene la enfermería, entendiendo al primero como una unidad configurada por la interacción de todas sus partes y a lo segundo como un experiencia individual dinámica y multicausal que requiere considerar la relación del individuo con el ambiente, y la que posee el modelo asistencial sanitario, con una visión reduccionista de la salud como ausencia de enfermedad sin valorar los aspectos psicológicos y sociales del sujeto, se da como resultado que las profesionales se ven obligados a cumplir gran cantidad de tareas auxiliares, aplicación de técnicas y labores delegadas impuestas por las instituciones. Estas ocupan gran parte de su tiempo, dificultando la realización de tareas fundamentales de cuidado integral: prestar atención a los aspectos sociales, psicológicos, espirituales y físicos de la persona para poder brindar apoyo, conversaciones, información y asesoramiento al paciente y su familia. Las dificultades para poder cumplir con estas tareas específicas al rol de la profesión causa tensión y estrés en los profesionales.

Una fuente de presión y estrés adicional se encuentra en el vínculo que establece el profesional de enfermería con los pacientes a su cuidado. Esta es una relación profesional que también busca satisfacer necesidades emocionales básicas de la persona que atraviesa una situación de enfermedad, a partir de actividades de cuidados humanos que implican interacción y expresión social, las cuales son dinámicas y diferentes para distintos pacientes. Es por esta razón muy importante que el profesional de enfermería ejerza la neutralidad afectiva y el control afectivo sobre las fuertes reacciones emocionales (tanto positivas como negativas) que producen en ellos las conductas del paciente, manejando y observando sus propias reacciones en favor del mayor beneficio para el enfermo. Relacionado a esto se encuentra la importante responsabilidad que se desprende de la vocación del profesional de enfermería, ya que, al dirigir

su labor a la salud de las personas, el asumir esta carga ejerce una fuerte presión que puede provocar estrés.

Otros posibles estresores laborales se deben al contacto con el dolor y la muerte, la identificación con el enfermo (que puede producir sentimientos de protección así como duelo para la elaboración de pérdidas), labores rutinarias y cronicidad de procesos, el tipo de enfermos a los que asisten, la dependencia del enfermo, el cuidado fragmentario de los enfermos, tareas desagradables (por ejemplo tratar heridas infectadas), el tener que actuar como intermediario entre el enfermo y su familia con el personal médico, el manejo de las expectativas y exigencias desmedidas del paciente, así como problemas de naturaleza ética (Mingote Adán y Pérez García, 2013).

- 3. Características del desarrollo profesional en enfermería:** en esta categoría se incluyen aspectos de la estructura organizativa, condiciones de trabajo, organización laboral y el clima laboral que influyen sobre el desarrollo profesional volviéndose posibles estresores.

En cuanto a aspectos de la estructura organizativa o empresa que pueden ser posibles estresores se incluyen la falta de comunicación entre miembros del equipo asistencial o con otros servicios vinculados, trabajo con líneas de autoridad diferentes, falta de crecimiento profesional dentro del equipo de trabajo, falta de participación en toma de decisiones y autonomía, trabajo rutinario, desempeñarse en un entorno de presión amenazante constante con situaciones de incertidumbre, cambio continuo de equipo de trabajo, estilo de mando amenazante por parte de supervisores así como escaso reconocimiento y presencia de agresiones verbales.

Por su lado las condiciones laborales ambientales como luz deficiente, escasez de material de seguridad, abundancia de ruidos, espacio insuficiente, frío o calor excesivo, déficit de ventilación, presencia de elementos contaminantes o gases volátiles también pueden llevar al desarrollo de estrés.

Aspectos estresores de la organización laboral se refieren a al sistema deficiente de promoción, falta de participación del profesional en los

órganos directivos y toma de decisiones de la organización, carencia de programas formativos adecuados a las necesidades del trabajador, bajos salarios, inestabilidad y movilidad laboral, así como la posibilidad de desarrollar síndromes de alteraciones del ciclo del sueño al tener que trabajar en turnos nocturnos fijos o rotatorios.

Por último, factores del clima laboral como carencia de apoyo en el equipo de trabajo, así como conflictos interpersonales con superiores y otros empleados pueden generar estrés en el profesional de enfermería (Mingote Adán y Pérez García, 2013).

- 4. Factores personales de riesgo:** se refiere a características del sujeto como elevada necesidad de reconocimiento y aprobación, falta de soporte social, intensa involucración laboral o profesional, inadecuadas o excesivas expectativas sobre el trabajo, compulsión por el trabajo, intolerancia al sufrimiento humano, hiperactividad, presencia de ansiedad y rasgos de personalidad obsesivos, depresivos, introvertidos y de neuroticismo (Mingote Adán y Pérez García, 2013).

2.5.3. Síndrome de burnout y profesionales de enfermería.

Contreras et al. (2008) informan que varios autores consideran que las condiciones laborales en las que se desempeña la enfermería determinan que se trate de una de las profesiones que producen mayor vulnerabilidad a experimentar estrés laboral crónico y por lo tanto el síndrome de burnout. Muchas de estas ya han sido descritas anteriormente como la falta de autonomía en la toma de decisiones, sobrecarga laboral, falta de reconocimiento profesional, así como el contacto muy frecuente con factores estresantes como el sufrimiento y muerte humana. La sobrecarga laboral especialmente se ha identificado como un predictor significativo de despersonalización, agotamiento emocional y se ha asociado con la presencia del síndrome.

Gil-Monte y sus colaboradores en coincidencia con otras investigaciones internacionales concluyen que los profesionales de enfermería son uno de los grupos más proclives a experimentar el síndrome de burnout. Específicamente identifican la relación con el paciente y los familiares de este como una de los principales estresores y causas de burnout, resaltando que los mismos profesionales de enfermería perciben que el burnout es causado por la falta de reconocimiento por parte del paciente y su actitud con derechos

indiscriminados y exigencias demandantes hacia los profesionales de enfermería a cargo de su cuidado. A su vez también se ha observado que se categorizan las agresiones verbales y físicas realizadas por los pacientes y sus familiares hacia los profesionales de enfermería como una de las principales causas del burnout (Gil-Monte 2005).

Refiriéndose particularmente a las diferencias entre las dimensiones de burnout en este grupo de profesionales, Gil-Monte y sus colaboradores han identificado que el conflicto de rol explica significativamente la varianza en el agotamiento emocional, mientras que la ambigüedad de rol explica una mayor varianza significativa en la realización personal (Gil-Monte 2005).

Es importante remarcar también que las actitudes y comportamientos que los profesionales de enfermería tienen en su relación con sus pacientes se ven determinados por las creencias y atribuciones que desarrollan sobre los pacientes mismos y sus conductas. Estas creencias se tratan de construcciones sociales sobre el significado de distintos pacientes, etiquetando así al paciente a partir de esquemas cognitivos y luego transmitiendo esta etiqueta de un profesional a otro por medio de interacciones sociales. Así las conductas de los profesionales ante los pacientes son una respuesta a estas construcciones sociales, en lugar de a los estímulos del entorno laboral (es decir de la conducta objetiva de los pacientes). A partir de este proceso de socialización se dan los casos donde todos los profesionales de una misma unidad comparten estas etiquetas sobre un mismo paciente o pacientes, dando lugar al proceso por el que se contagian las actitudes negativas o deshumanizantes hacia los pacientes que definen el síndrome de burnout (Gil-Monte 2005).

De esta manera si un paciente es identificado como “insoportable” o “desagradecido” por varios de sus colegas, producirá que el profesional al atender a tal paciente interprete las actitudes y conductas del paciente desde esa creencia, y por lo tanto responda de acuerdo a este significado asignado. A su vez puede ser muy difícil para un profesional insertado en ese proceso de socialización poder analizar críticamente la lógica impuesta por la institución y los significados atribuidos por los demás profesionales para poner en práctica conductas distintas, reforzándose en cambio conductas negativas hacia los pacientes, las cuales como ya se ha explicado son un componente principal de la dimensión de despersonalización del síndrome de burnout.

Las consecuencias del síndrome en los profesionales de enfermería pueden observarse en aumento del ausentismo, actitud cínica, situaciones depresivas que pueden llevar al aumento de consumo de sustancias, aislamiento, apatía hacia la organización, así

como efectos sobre el ambiente familiar de su hogar. Principalmente el síndrome causa que el personal de enfermería al brindar atención y cuidado al paciente no lo haga con el trato sensible y humano que requiere, produciéndose un distanciamiento afectivo que repercute sobre aspectos éticos de la labor, así como una disminución de la calidad de la atención brindada al paciente y del desempeño laboral del profesional (Rodríguez García, 2009).

Vega et al. (2017) señalan que no existe suficiente consenso académico que identifique que es el tipo de trabajo el que predispone al burnout, y que en su lugar el síndrome podría estar más asociado a problemáticas de políticas de la organización. La sobrecarga laboral, exceso de horas de trabajo, número desmedido de pacientes estarían más relacionadas con estas dificultades en la organización por parte de las instituciones, hallándose estudios recientes que señalan que una mejora en la gestión de los recursos humanos incrementaría tanto la calidad de la atención como el bienestar de los profesionales de enfermería.

Centrándonos en la situación de la enfermería en Argentina, las crisis económicas que se han identificado, en simultáneo con un incremento de las demandas por mejoras en el servicio de salud pública, han causado que los profesionales de enfermería tengan que enfrentarse a salarios bajos, incremento de cargas de trabajo, necesidades de mayor capacitación técnica e insuficiencia de recursos (Louise Tourigny et al., 2019).

2.5.4. Enfermería en contexto de pandemia.

En el año 2020 el 11 de Marzo la OMS (s.f.) declaró como una pandemia la enfermedad de SARS-CoV-2, una nueva enfermedad infecciosa de la familia del coronavirus que causa un síndrome respiratorio agudo grave. El primer caso fue detectado en China en diciembre de 2019 pero se expandió rápidamente a otros países hasta convertirse en lo que hoy se denomina la pandemia de Covid-19.

El virus comenzó a circular en comunidades de Argentina a mediados de Marzo de 2020 (Ministerio de Salud de la República Argentina, s.f.a), pocos días después de haber sido declarada una pandemia. Actualmente al momento de escribir este trabajo se han reportado hasta 190,641,633 casos en América (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.), mientras que en Argentina se han confirmado 10.044.125 de casos totales, de los cuales 130.463 fallecieron (Ministerio de Salud de la República Argentina, s.f.b).

Se trata de una enfermedad con una elevada mortalidad, siendo por esto de alta importancia la actuación de los profesionales de enfermería desde el comienzo de la pandemia, al tratarse de la primera línea de atención directa al usuario, con la responsabilidad a su vez de realizar acciones de autocuidado y protección a los usuarios dentro de las unidades de atención. Debido a esto y junto al hecho de que se tratan de los profesionales que mantienen mayor contacto físico directo con los pacientes de Covid-19, se comenzaron a registrar cifras elevadas de contagios entre los profesionales de enfermería (Almiray-Soto, 2020).

Mundialmente el Consejo Internacional de Enfermeras (2021) reportó que hasta el 31 de diciembre del 2020 se registraron más 1.6 millones de casos de contagio por Covid-19 en el personal de enfermería de 34 países, y que la cifra de fallecimientos por esta misma enfermedad alcanzaba los 2262 casos en 59 países.

Además de los riesgos biológicos se encuentran los aspectos referidos a la carga emocional que deben soportar los profesionales de enfermería. En específico un estudio realizado por Mo et al. (2020), que entre los profesionales de China identificó que estos padecen de estrés laboral causado principalmente por factores como la cantidad semanal de horas de trabajo y los niveles altos de ansiedad causados por la preocupación y temor de sufrir contagios. Por su parte Bueno Ferrán (2021) identificó que la posibilidad de contagio, el colapso de los sistemas sanitarios por incapacidad de cumplir con la elevada demanda y una gran presión asistencial actuaban como fuentes de estrés laboral sobre los trabajadores de enfermería, las cuales tuvieron importantes efectos negativos sobre su salud emocional y mental, así como sobre su calidad de vida.

Se observó que durante la pandemia los profesionales sanitarios de distintos países experimentaron síntomas y signos asociados con la ansiedad, estrés y depresión. Dentro de estos se incluyen temblores, aumento del ritmo cardíaco, sensación de agitación y pánico, taquipnea, sudoración excesiva, cansancio o debilidad, problemas gastrointestinales, alteraciones del sueño, dificultades para concentrarse y detener los pensamientos o pensar en otras cosas, irritabilidad, sentimientos de inutilidad, modificaciones en el apetito, tristeza, pérdida del placer por actividades habitualmente desarrolladas, frustración, sentimientos de desesperanza, dificultades para tomar decisiones y recordar cosas, presentándose todos estos en distintos niveles de intensidad (Bueno Ferrán, 2021).

Refiriéndonos a los cambios que atravesó la profesión de enfermería durante el contexto de pandemia en Argentina Johnson et al. (2022), centrándose en profesionales

de enfermería de la provincia de Córdoba, estudiaron las modificaciones en el trabajo asistencial y de cuidados que se constituyeron en un conjunto de tensiones o estresores. Entre estos se encuentran las nuevas formas de organizar las tareas cotidianas causadas por el contexto sociosanitario de incertidumbre, especialmente durante los primeros meses de la pandemia, implicando: cambios constantes en la forma de ejercer las tareas laborales y en la duración de las mismas, aumentando la intensidad y ritmo de trabajo a la vez que se adjuntaban nuevas tareas (como alimentación de los pacientes y distribución de insumos de higiene y seguridad a otros profesionales) reduciendo los periodos de descanso; aprendizaje de nuevos protocolos y procedimientos de atención y seguimiento de pacientes que generaban sensaciones de angustia; el miedo y preocupaciones constantes al atender a pacientes contagiados, acompañados de sentimientos de malestar, frustración y conflictos con colegas y superiores que se trasladaban al ambiente familiar. Estos cambios también implicaron modificaciones en las conductas de autocuidado de los profesionales, encontrando como efectivas estrategias como hablar con los colegas sobre lo que sienten, planificar la resolución de problemas, intentar lograr acuerdos, alimentación, cursos de autoayuda, ejercicio y contacto con la naturaleza. Aun así, estas conductas de autocuidado generaban conflictos o tensiones con las tareas de cuidado de pacientes debido al tiempo que requerían, llevando a que muchos profesionales impusieran el cuidado de pacientes sobre su propio autocuidado. También algunos profesionales de enfermería encuestados afirmaron que no se consideraron sus opiniones en el diseño e implementación de los nuevos protocolos, que sintieron poco reconocimiento por otros profesionales y que experimentaron situaciones de conflicto con el paciente o sus familiares.

A su vez el contexto de pandemia trajo importantes cambios sobre la atención y el vínculo del profesional con el paciente. La mayoría de profesionales afirmó que se caracterizaba por una relación atravesada por el reconocimiento de la singularidad de los pacientes y sus necesidades, siendo un recurso principal la atención humana. Esto llevó a que muchos profesionales enfermaran por la proximidad física de los cuidados, así como que priorizaran asistir a los pacientes, sus demandas y necesidades en detrimento de sus propios tiempos de descanso. Además, muchos profesionales destacaron las dificultades para la relación y comunicación con el paciente, en parte por las nuevas medidas de cuidado durante la pandemia que exigían distanciamiento físico, así como por las propias preocupaciones y miedos de padecer contagios por los profesionales (Johnson et al., 2022).

Otro estresor durante el trabajo en contexto de pandemia se debe a que la mayoría de pacientes con Covid-19 se encontraban atendidos por profesionales en aislamiento, sin posibilidad de ser visitados o tener contacto cercano con familiares debido al riesgo de contagio y los nuevos protocolos. La ausencia de familiares influyó sobre la forma en que se brindaban cuidados a los pacientes, quienes experimentaban vivencias de soledad, recayendo de esta manera la mayoría del apoyo emocional sobre los profesionales. Muchos de ellos afirmaron empatizar e identificarse con la situación de soledad de los pacientes, ya que ellos también experimentaban sensaciones de aislamiento por el distanciamiento del propio grupo familiar por riesgo de contagios, lo cual llevó a relaciones de horizontalidad y cuidado con los enfermos que atendían (Bueno Ferrán, 2021; Johnson et al., 2022).

Es necesario señalar que la asignación de nuevas actividades y labores asociadas con tareas domésticas y de cuidado a las enfermeras y enfermeros se naturalizaron en gran medida por los estereotipos de género y feminización que predominan aún sobre la profesión. Esto podría ser una expresión de un entramado de poder en las instituciones de salud que adscriben tareas y roles como específicas e inherentes a la profesión (Johnson et al., 2022).

Bueno Ferrán (2021) también identifica como estresor, o agravante del estrés que padecían los profesionales sanitarios, la forma en que los medios de comunicación, gobierno y población conceptualizaba y transmitían las noticias sobre la pandemia. El conceptualizar la pandemia como una “guerra” contra la enfermedad degradaba a los enfermos por un lado y desvirtuaba el rigor científico. A su vez se solían remarcar y dar prioridad a las noticias negativas (sobre números de contagios y muertes) sobre las positivas, haciendo difícil discriminar qué datos eran relevantes e importantes.

De esta manera puede apreciarse como distintos estudios e investigaciones señalan que los estresores que ya se encontraban presentes en el ejercicio de la profesión de enfermería, no solo continuaron sobre el contexto de pandemia, sino que se vieron intensificadas, así como acompañadas por nuevas problemáticas y dificultades, aumentando así los riesgos de padecer estrés laboral en las enfermeras y enfermeros.

Para finalizar puede remarcarse que algunos factores protectores durante la pandemia frente al estrés en los profesionales sanitarios, incluyendo dentro de estos a los profesionales de enfermería, consistieron en la conservación del bienestar de sus familias, reconocimiento del trabajo realizado por autoridades sanitarias, una actitud positiva, la

disposición de protocolos y equipos de protección adecuados, la caída de cifras de nuevos casos de COVID-19 y el apoyo de familias y personas cercanas (Cai et al., 2020).

MARCO METODOLÓGICO

3. MARCO METODOLÓGICO.

3.1. Tipo de investigación

La investigación de acuerdo a sus objetivos se trató de tipo descriptivo correlacional dado que, en primer lugar, se buscó conocer los niveles de estrategias de afrontamiento presentes y los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout en profesionales de enfermería de Entre Ríos, y, en segundo lugar, se determinó la relación existente entre las variables presentes. Se realizó a partir de un enfoque cuantitativo. Refiriéndonos al tipo de fuente, se trata de una investigación de campo, la cual se llevó a cabo a partir de pruebas estandarizadas. En cuanto a la temporalidad se trata de un estudio transversal ya que se observaron las variables en un único momento.

3.2. Muestra

La muestra estuvo compuesta por profesionales de enfermería que estuvieron trabajando como personal de enfermería en instituciones públicas y privadas de la provincia de Entre Ríos. Para este estudio se tuvieron en cuenta sujetos de ambos géneros (mujeres y varones). Se consideró como criterio de inclusión aquellos sujetos que posean al menos un año o más de experiencia trabajando en la profesión, que trabajaran tanto en instituciones privadas como públicas, que no se encuentren actualmente con licencia laboral y con edades de 22 años o más. Se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico de tipo intencional con un tamaño de 63 profesionales de enfermería.

Partiendo de los datos demográficos de la muestra consultada durante la administración de los instrumentos, puede apreciarse que 50 de los sujetos (79,4%) eran de género femenino, 12 sujetos (19%) de la muestra eran de género masculino, y 1 sujeto no respondió la pregunta sobre su género (ver Tabla 1.1).

De acuerdo a la edad se observó que la media era de 39 años de edad, con un mínimo de 23 años y un máximo de 56 años, con una moda o valor más frecuente de 36 años y un desvío estándar de 8,276 (ver Tabla 1.2).

En cuanto a la cantidad de años de trabajo como profesional de enfermería, la media fue de 13 años, con un mínimo de 2 años y un máximo de 32 años, con una moda de 15 años y una desviación estándar de 7,527. Es de destacar que un sujeto no respondió con el número específico de años de trabajo (ver Tabla 1.2).

Tabla 1.1*Género de la Muestra*

	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>% Válido</i>
Femenino	50	79,4	80,6
Masculino	12	19,0	19,4
TOTAL	62	98,4	100

Tabla 1.2*Datos estadísticos sobre la edad y años de trabajo.*

	<i>Edad</i>	<i>Años de Trabajo como Profesional de Enfermería</i>
Media	39,73	13,82
Moda	36	15
Desviación estándar	8,276	7,527
Mínimo	23	2
Máximo	56	32
TOTAL	63	62

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Ways of Coping Questionnaire (WCQ): esta escala fue diseñada por Lazarus y Folkman (1988b, como se citó en Lazarus, 2000) y en este caso se utilizó la versión en español adaptada a la Argentina para adultos por Richaud de Minzi y Sacchi (2001) para evaluar las estrategias de afrontamiento en los profesionales de enfermería. Este cuestionario de autoadministración presenta 67 ítems en una escala Likert de 4 opciones: (1) en absoluto, (2) en alguna medida, (3) bastante y (4) en gran medida. En esta prueba se le pide al sujeto que piense una situación (en este caso laboral) que le haya provocado malestar o que haya amenazado su bienestar físico y/o psicológico en el último año para que describa qué fue lo que pensó, hizo y sintió durante la misma. De acuerdo al objetivo

de esta investigación, se adaptó ligeramente la consigna del instrumento, aclarando brevemente a los sujetos que pensarán en situaciones que se dieron específicamente en el contexto de atención durante la situación de pandemia por COVID-19 y que en base a dicha situaciones contestaran los ítems del instrumento. Richaud de Minzi y Sacchi (2001) al analizar la consistencia interna del instrumento halló un alfa de cronbach de .88. Los resultados del instrumento se analizaron de acuerdo a la clasificación de estrategias de afrontamiento propuesta por Billings y Moos (1981) y Moos y Billings (1982) en: Afrontamiento centrado en la evaluación (Análisis lógico, Redefinición cognitiva, Evitación cognitiva), Afrontamiento centrado en el problema (Requerimiento de información o asesoramiento, Acción, Gratificaciones alternativas) y Afrontamiento centrado en la emoción (Control afectivo, Aceptación con resignación, Descarga emocional).

Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey versión (MBI-HSS): se utilizó la versión adaptada al español de este cuestionario autoadministrado diseñado por Maslach et al. (1986, como se citó en Gilla et al., 2019) para estudiar los niveles de síndrome de burnout. Consta de 22 ítems que indagan sobre las actitudes y sentimientos del profesional en referencia hacia las personas que asiste y su trabajo. Las respuestas se dan en el formato de una escala Likert de siete opciones: (0) Nunca, (1) Alguna vez al año o menos, (2) Una vez al mes o menos, (3) Algunas veces al mes, (4) Una vez a la semana, (5) Varias veces a la semana, (6) Diariamente. El instrumento define tres variables numéricas correspondientes a las dimensiones del síndrome: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal. Para calificar puntajes en categorías altas, intermedias y bajas, se utilizó el criterio de Neira (2004 como se citó en Ceccoli, 2022) que validó la escala del MBI-HSS a la población argentina a partir de una muestra de trabajadores de salud, estableciendo los siguientes puntos de corte: AE bajo ≤ 11 , AE intermedio de 12-21 y AE alto, ≥ 22 ; D bajo, ≤ 2 , D intermedio de 3-6 y D alta, ≥ 7 , y RP, baja ≤ 35 , RP media de 36-40 y RP alta, ≥ 41 .

Decidió utilizarse la calificación de Neira debido a que estos puntos de corte fueron diseñados específicamente para la población argentina, considerándose además que en su validación del instrumento Neira halló que los profesionales argentinos obtuvieron una media aritmética más baja en las dimensiones de Despersonalización y Agotamiento Emocional comparado con la población estudiada en Estados Unidos por Maslach y Jackson (Gil-Monte y Marucco, 2008).

Un puntaje bajo en la escala de Realización Personal y puntajes altos en las escalas de Despersonalización y Agotamiento Emocional señalan la presencia del síndrome. Las subescalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización indican mayor desgaste a mayor puntuación mientras que la Realización Personal funciona en sentido inverso, de manera que a puntuaciones más bajas indica un mayor desgaste. La adaptación y validación realizada por Gilla et al (2019) calculó la consistencia interna mediante el coeficiente de confiabilidad compuesta (fc), arrojando valores clasificados como muy buenos ($fc > .70$). Y por medio de un análisis factorial confirmatorio (AFC), utilizando el método de la estimación de Máxima Verosimilitud robusto, analizaron la estructura interna del instrumento encontrando que el modelo modificado presentó un índice de ajuste muy satisfactorio ($CFI = .91$, $TLI = .90$, $RMSEA = .05$, $SRMR = .06$) validando la estructura trifactorial del instrumento. De manera que el instrumento es válido y fiable para su aplicación en la población de profesionales de salud en Argentina. Si bien la validación fue llevada a cabo en una población de psicólogos y psiquiatras argentinos, la versión de Human Services Survey ha sido utilizada en una variada cantidad de investigaciones internacionales para la población de profesionales de enfermería, indicando que también es un instrumento válido y fiable para la muestra a estudiar.

Cuestionario Sociodemográfico ad hoc: se les pidió a los participantes en el formulario online que ingresaran los siguientes datos referidos a su persona: Edad, Género, Años de trabajo como profesional de enfermería. Cuando se administraron los cuestionarios de forma presencial se les pidió a los sujetos que anotaran brevemente en una de las hojas de los instrumentos las respuestas a las siguientes preguntas: “¿Cuántos años tenés?” “¿Cuál es tu género?” “¿Cuántos años has trabajado como profesional de enfermería?”.

3.4. Procedimientos de recolección de datos.

En un principio la recolección de datos se realizó de manera virtual a partir de formularios online, obteniendo así aproximadamente la primera mitad de los casos entrevistados, a lo que luego se procedió a obtener el resto de la muestra a partir de entrevistas presenciales.

En el caso de la recolección de datos por medio online, primero se contactó de manera online con profesionales de enfermería y sujetos a cargo de puestos de supervisión en instituciones donde trabajaban profesionales de enfermería, compartiendo un mensaje

introdutorio que explicaba los objetivos y alcances del estudio a los sujetos junto a un link a los formularios en la plataforma de Google Docs., pidiendo su participación y colaboración en compartir el mismo mensaje con otros profesionales. Accediendo a este link se volvía a explicar los objetivos y alcances de la investigación, así como se requería que aquellos que afirmaran participar leyeran y acepten un consentimiento informado. En el mismo se garantizaba la confidencialidad de los datos obtenidos, afirmando que los mismos serían anónimos, y se tuvo respeto por la persona teniendo en cuenta la libre participación. A continuación, se realizaban unas breves preguntas sobre datos demográficos, específicamente género, edad y años de trabajo como profesional de enfermería, y finalmente se presentaban dos cuestionarios, el WCQ con 67 ítems y el MBI-HSS de 22 ítems, en formato de formularios online de la plataforma de Google Docs., para su completación.

En el caso de la recolección de datos presencial, en un primer momento se tuvo un contacto inicial con la jefa de enfermería del Hospital San Martín de Paraná, explicando los alcances y objetivos del estudio y proponiendo la posibilidad de poder acudir presencialmente a los profesionales de enfermería trabajando en el hospital y ofrecerles participar de la investigación. La jefa de enfermería accedió amablemente y se comunicó con los profesionales para avisar de la investigación. Se procedió a realizar visitas al hospital en el horario de tarde en distintos días entre semana a partir de fines de Junio de 2022 hasta mediados de Julio de 2022 durante los cuales se entrevistaron presencialmente a profesionales de enfermería de distintas áreas del hospital (incluyendo mayoritariamente profesionales de las áreas de traumatología, cardiología, ginecología, entre otras). En un primer momento se les comunicó los objetivos de la investigación y se le detalló el consentimiento informado de manera verbal garantizando la confidencialidad de los resultados, requiriendo que accedieran a participar voluntariamente y aceptaran el consentimiento informado verbalmente. Después de eso se les presentaron los cuestionarios de WCQ con 67 ítems y el MBI-HSS de 22 ítems en formato de papel para su autoadministración, a la vez que se les requería que incluyeran breves datos demográficos sobre su edad, género y años de trabajo como profesional de enfermería.

A continuación, se registraron las respuestas a los cuestionarios tanto de los formularios online como los cuestionarios rellenados físicamente en un archivo de Microsoft Excel para organizar los datos, los cuales luego fueron transferidos a un archivo de matriz para ser trabajado en el programa Statistical Package for the Social Sciences

(SPSS) versión 23. Debido a la falta de respuestas a determinados ítems de ambos cuestionarios utilizados en distintos casos, se resolvió completar los datos faltantes a partir del criterio de moda de las respuestas, de manera que en casos de ítems sin contestar se colocó la respuesta más frecuentemente dada por la mayoría de los sujetos entrevistados en esta muestra.

Tanto en la recolección de datos presencial como online se utilizó una versión ligeramente modificada del WCQ donde, al principio del mismo en la sección que se le pide que el sujeto describa una situación estresante, se pedía que específicamente el sujeto describiera una situación estresante durante su labor como profesional de enfermería durante el contexto de pandemia por Covid-19.

3.4. Procedimientos de análisis de datos.

El procesamiento y análisis estadístico se realizará utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 23.

En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos de la muestra a fin de obtener las frecuencias, medias, mínimos, máximos, modas y desviaciones estándares sobre los datos demográficos. Seguidamente, se realizaron análisis de estadística descriptiva básica sobre las diversas medidas de: estrategias de afrontamiento, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal con el objetivo de conocer los niveles con los que se presentan en profesionales de enfermería en la provincia de Entre Ríos. Para estudiar la relación existente entre dichas variables, se llevó a cabo el análisis estadístico diferencial a través del Coeficiente r de Pearson.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4. ANÁLISIS DE RESULTADOS.

4.1. Análisis de Estrategias de afrontamiento:

De acuerdo al primer objetivo de la investigación, que se proponía a describir los niveles de las estrategias de afrontamiento en el personal de enfermería de la provincia de Entre Ríos, se realizó un análisis estadístico descriptivo de las respuestas al WCQ permitiendo observar la media, desvío estándar, y puntajes mínimos y máximos de las estrategias de afrontamiento en los resultados de la Tabla 2 y el Figura 1:

En cuanto al afrontamiento centrado en la evaluación se obtuvieron puntajes medios de 2,28 en Análisis Lógico, 2,75 en Redefinición Cognitiva y 2,16 en Evitación Cognitiva.

Enfocándonos en las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se obtuvo una media de 2,09 en Requerimiento de Información, 2,44 en Acción y 2,34 en Gratificaciones Alternativas.

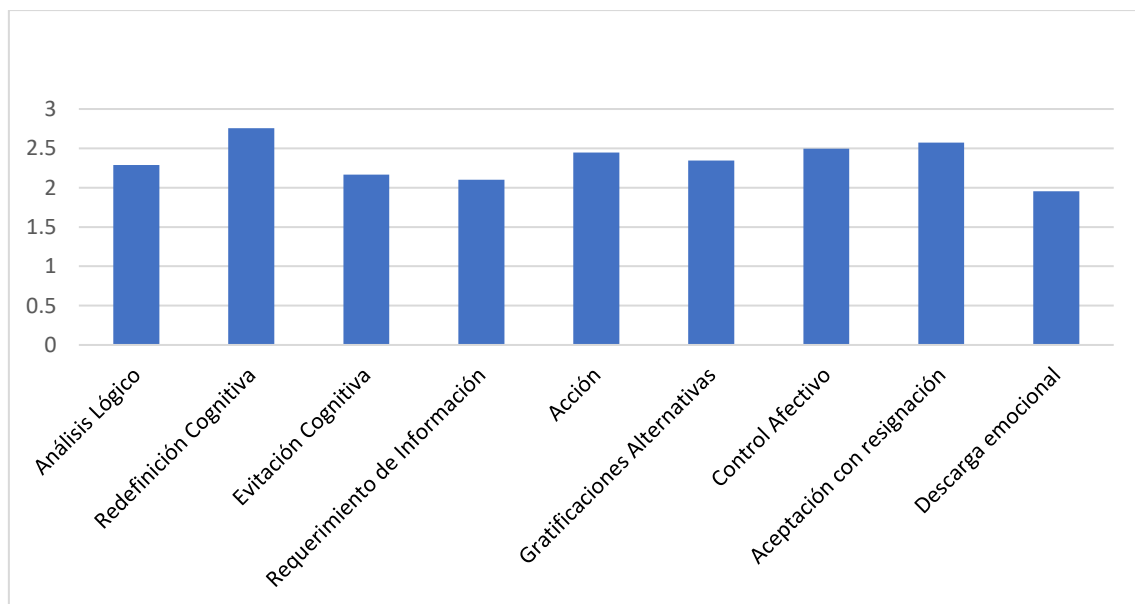
En las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción se encontraron puntajes medios de 2,49 en Control Afectivo, 2,57 en Aceptación con Resignación y 1,95 en Descarga Emocional.

Puede apreciarse que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son la Redefinición Cognitiva, el Control Afectivo y la Aceptación con Resignación. La primera corresponde al afrontamiento centrado en la evaluación y las dos últimas al afrontamiento centrado en la emoción.

Las estrategias menos utilizadas fueron la Descarga emocional, el Requerimiento de información y la Evitación cognitiva, correspondiendo al afrontamiento centrado en la emoción, centrado en el problema y centrado en la evaluación respectivamente.

Tabla 2*Media de Estrategias de Afrontamiento*

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Análisis Lógico	1,50	3,50	2,2884	,49929
Redefinición Cognitiva	1,75	4,00	2,7560	,50573
Evitación Cognitiva	1,00	3,33	2,1640	,50044
Requerimiento de Información	1,00	3,75	2,0992	,60332
Acción	1,67	3,67	2,4462	,51093
Gratificaciones Alternativas	1,00	4,00	2,3439	,68775
Control Afectivo	1,29	3,86	2,4966	,51754
Aceptación con resignación	1,40	3,80	2,5714	,63638
Descarga emocional	1,00	3,40	1,9556	,57073
TOTAL (N=63)				

Figura 1*Puntajes medios de estrategias de afrontamiento.*

4.2. Análisis de dimensiones del Síndrome de Burnout.

Con el fin de alcanzar el segundo objetivo de describir los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout en el personal de enfermería de la provincia de Entre Ríos se llevaron a cabo análisis descriptivos estadísticos para determinar la media, mínimo, máximo y la desviación estándar de las dimensiones de burnout en la muestra que pueden observarse en la Tabla 3.1 y el Figura 2.1.

La muestra de profesionales de enfermería presentó el puntaje promedio en la dimensión de Realización personal de un 34,26 con una desviación estándar de 12,22, obteniendo una media de 22,79 en Agotamiento Emocional con una desviación estándar de 11,73 y encontrándose una puntuación media de Despersonalización de 7,04 con una desviación estándar de 6,67 (Ver Tabla 3.1 y Figura 2.1).

Los puntos de cortes de acuerdo al criterio de Neira (2004 como se citó en Ceccoli, 2022) para calificar los puntajes de las dimensiones analizadas por el MBI-HSS son las siguientes: AE bajo ≤ 11 , AE intermedio de 12-21 y AE alto, ≥ 22 ; D bajo, ≤ 2 , D intermedio de 3-6 y D alta, ≥ 7 , y RP, baja ≤ 35 , RP media de 36-40 y RP alta, ≥ 41 .

De esta manera la media en las escalas de Agotamiento Emocional y Despersonalización se encuentra dentro de los niveles altos, mientras que la media en Realización Personal alcanzó resultados dentro de la categoría de nivel bajo.

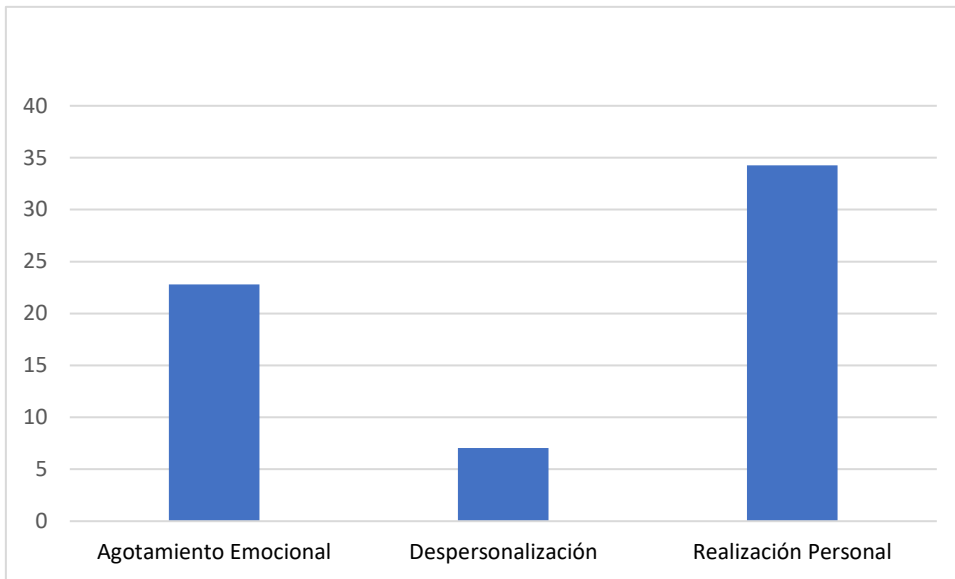
Tabla 3.1

Media de dimensiones del Síndrome de Burnout

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Agotamiento Emocional	1,00	51,00	22,7937	11,73519
Despersonalización	,00	25,00	7,0476	6,67308
Realización Personal	5,00	47,00	34,2698	12,22927
TOTAL (N=63)				

Figura 2.1

Puntajes medios de niveles de dimensiones de Burnout.



A continuación, se procedió a categorizar los distintos casos en variables agrupadas de niveles altos, intermedios y bajos en cada una de las dimensiones del síndrome de Burnout de acuerdo a los puntos de corte. Luego se llevaron a cabo análisis de frecuencia para conocer los porcentajes de casos pertenecientes a cada categoría.

En cuanto al Agotamiento Emocional se halló que un 15,9% (10 casos) presentaban un nivel bajo, un 34,9% (22 casos) presentaba un nivel intermedio y por último un 49,2% (31 casos) presentaban un grado alto de agotamiento (ver Tabla 3.2, Figura 2.2 y Figura 2.3).

Tabla 3.2

Niveles de Agotamiento Emocional

	Frecuencia	%
Bajo	10	15,9
Intermedio	22	34,9
Alto	31	49,2
TOTAL (N=63)		

Figura 2.2

Frecuencias de niveles de Agotamiento Emocional.

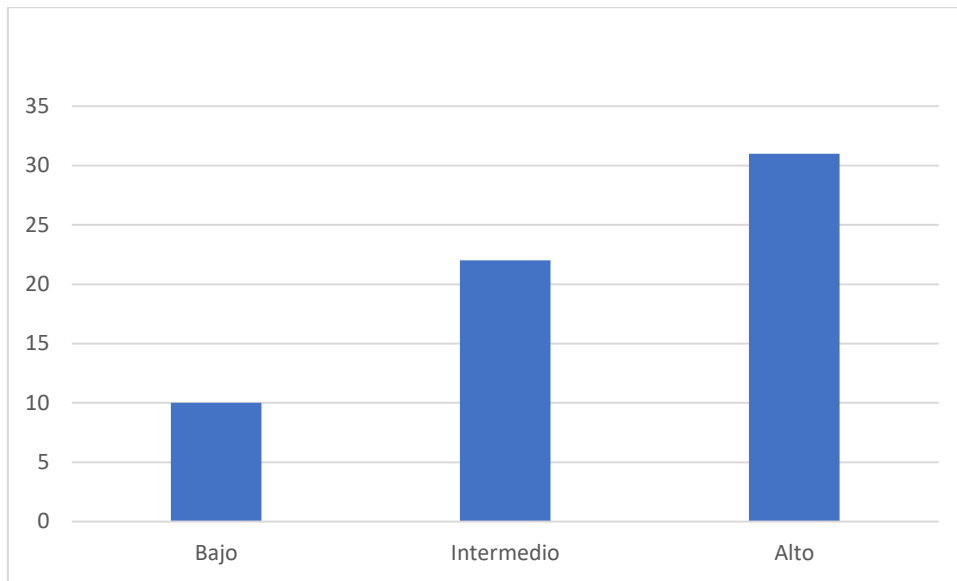
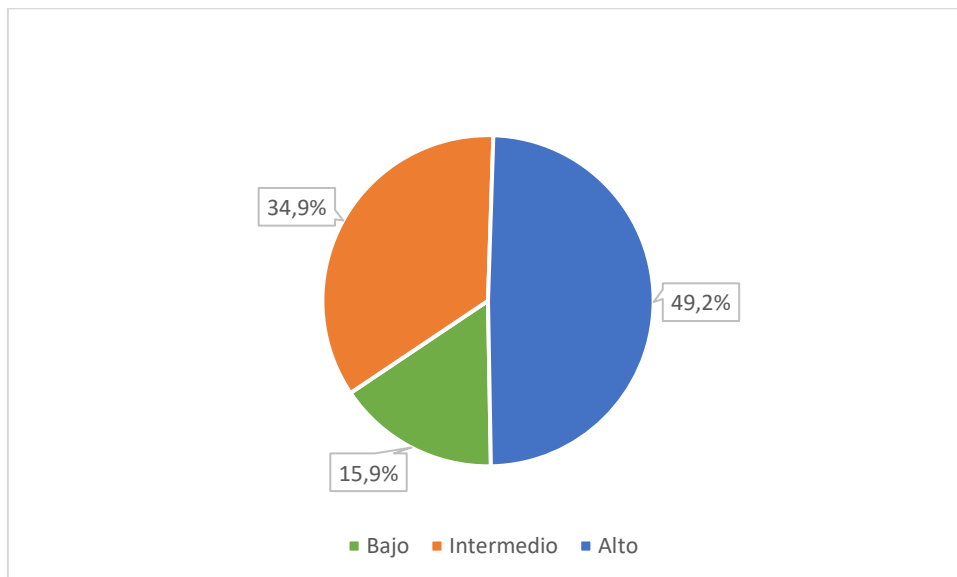


Figura 2.3

Porcentajes de niveles de Agotamiento Emocional.



Por otro lado, se observó que el 33,3% (21 casos) presentaron un nivel bajo de Despersonalización, mientras que un 23,8% (15 casos) presentaron grados intermedios y un 42,9% (27 casos) presentaron niveles altos (ver Tabla 3.3 y Figura 2.4 y Figura 2.5).

Tabla 3.3

Niveles de Despersonalización

	Frecuencia	%
Bajo	21	33,3
Intermedio	15	23,8
Alto	27	42,9
TOTAL (N=63)		

Figura 2.4

Frecuencias de niveles de Despersonalización.

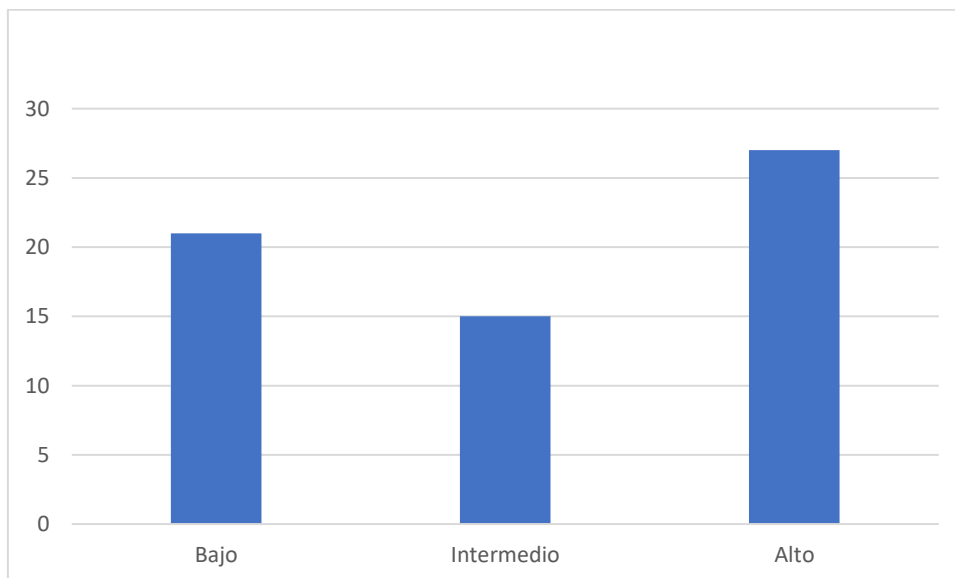
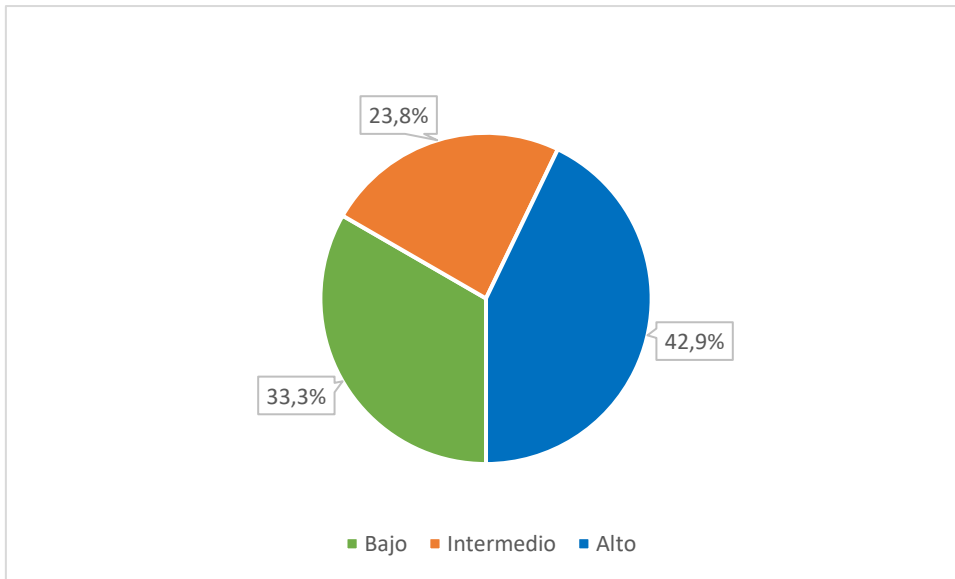


Figura 2.5

Porcentajes de niveles de Despersonalización.



Por último, se halló que el 42,9% presentó un nivel bajo de Realización Personal, el 11,1% presentó un nivel intermedio y 46% presentó un nivel alto (Ver Tabla 3.4, Figuras 2.6 y 2.7).

Puede observarse que, en cada una de las tres dimensiones del síndrome de burnout, cerca de la mitad de los casos presentaron niveles altos de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal (49,2%, 42,9% y 46% respectivamente). En específico en la escala de Realización Personal casi el resto de la mitad de la muestra presentó niveles bajos (42,9%), mientras que en las dimensiones de Agotamiento Emocional y Despersonalización el resto de los casos se encontraron incluidos dentro de las categorías de bajo e intermedio.

Tabla 3.4

Niveles de Realización Personal

	Frecuencia	%
Bajo	27	42,9
Intermedio	7	11,1
Alto	29	46,0
TOTAL (N=63)		

Figura 2.6

Frecuencias de niveles de Realización Personal.

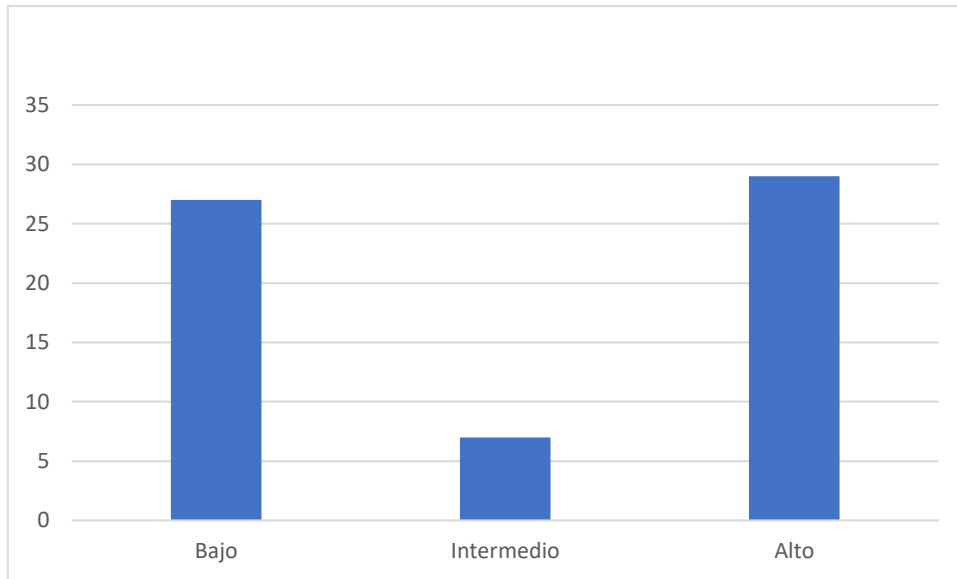
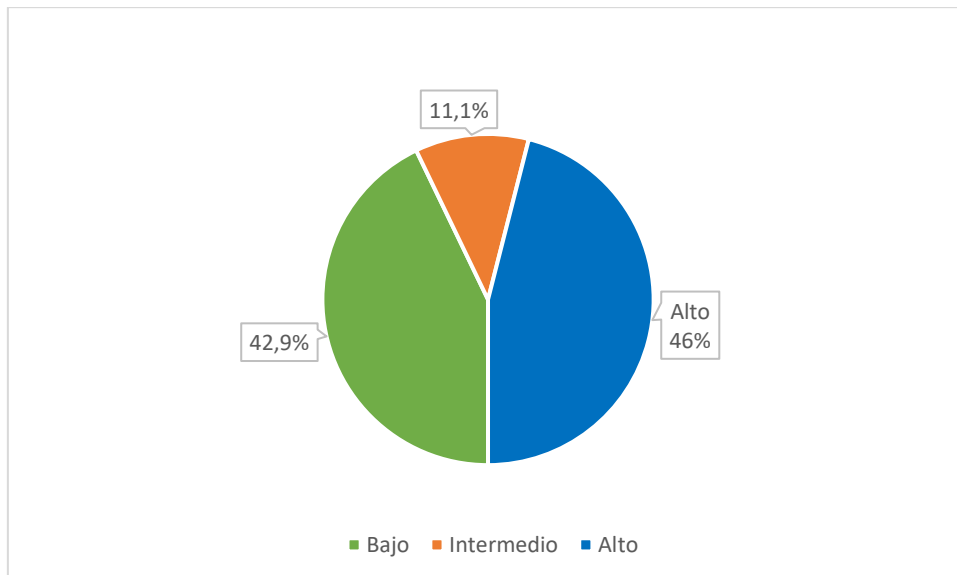


Figura 2.7

Porcentajes de niveles de Realización Personal.



De acuerdo al criterio que define la prevalencia del Síndrome de Burnout al presentarse niveles altos de Agotamiento Emocional y Despersonalización y un nivel bajo de Realización Personal, se encontró que 8 sujetos (12,69%) dentro de la muestra presentaron el síndrome.

4.3. Análisis de la correlación entre Estrategias de Afrontamiento y Síndrome de Burnout.

En cuanto al tercer objetivo de investigación de identificar si existen diferencias significativas en los niveles de estrategias de afrontamiento en los sujetos que presenten niveles altos, moderados y bajos de las dimensiones síndrome de burnout, se realizó un análisis estadístico diferencial a través del Coeficiente r de Pearson para observar las correlaciones existentes.

Debido a que el interés principal de este trabajo es apreciar si existe una correlación entre las variables de las estrategias de afrontamiento con las variables de las dimensiones del síndrome de burnout, nos centraremos solamente en las correlaciones específicas entre estos dos grupos de variables.

Se encontró que la Despersonalización se correlacionó positivamente de manera significativa con la variable de Descarga emocional y Evitación cognitiva. De manera que a medida que aumentan los niveles de uso de las estrategias de afrontamiento de Evitación Cognitiva y Descarga Emocional aumentan también los niveles de Despersonalización.

Por otra parte, la Realización Personal se correlacionó positivamente de manera significativa con la variable de Redefinición Cognitiva. De manera que a medida que aumenta el uso de la Redefinición Cognitiva también aumenta el grado de Realización Personal (ver Tabla 4).

Tabla 4

Correlaciones entre Estrategias de Afrontamiento y dimensiones del Síndrome de Burnout.

		AE	D	RP	AL	RC	EC	RI	EA	GA	CA	AR	DE
Agotamiento Emocional (AE)	Correlación de Pearson	1	,525**	,211	,137	-,039	,180	,071	,064	,006	,029	,080	,192
	Sig. (bilateral)		,000	,096	,283	,760	,157	,582	,616	,965	,824	,533	,132
	N	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
Despersonalización (D)	Correlación de Pearson	,525**	1	,096	,196	,145	,259*	,225	,215	-,045	,118	,123	,291*
	Sig. (bilateral)	,000		,456	,124	,257	,040	,076	,090	,728	,358	,335	,021
	N	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
Realización Personal (RP)	Correlación de Pearson	,211	,096	1	,161	,269*	,035	-,071	,145	,071	-,020	,082	-,164
	Sig. (bilateral)	,096	,456		,208	,033	,784	,581	,258	,582	,874	,524	,199
	N	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
Análisis Lógico (AL)	Correlación de Pearson	,137	,196	,161	1	,617**	,542**	,408**	,560**	,341**	,549**	,597**	,257*
	Sig. (bilateral)	,283	,124	,208		,000	,000	,001	,000	,006	,000	,000	,042
	N	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
Redefinición Cognitiva (RC)	Correlación de Pearson	-,039	,145	,269*	,617**	1	,465**	,274*	,615**	,431**	,578**	,459**	,220
	Sig. (bilateral)	,760	,257	,033	,000		,000	,030	,000	,000	,000	,000	,083
	N	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
Evitación Cognitiva (EC)	Correlación de Pearson	,180	,259*	,035	,542**	,465**	1	,435**	,482**	,358**	,580**	,613**	,466**
	Sig. (bilateral)	,157	,040	,784	,000	,000		,000	,000	,004	,000	,000	,000
	N	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
Requerimiento de Información (RI)	Correlación de Pearson	,071	,225	-,071	,408**	,274*	,435**	1	,449**	,386**	,192	,390**	,435**
	Sig. (bilateral)	,582	,076	,581	,001	,030	,000		,000	,002	,132	,002	,000
	N	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63

		AE	D	RP	AL	RC	EC	RI	EA	GA	CA	AR	DE
Ejecución de acciones (EA)	Correlación de Pearson	,064	,215	,145	,560**	,615**	,482**	,449**	1	,479**	,588**	,453**	,332**
	Sig. (bilateral)	,616	,090	,258	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,008
	N	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
Gratificaciones Alternativas (GA)	Correlación de Pearson	,006	-,045	,071	,341**	,431**	,358**	,386**	,479**	1	,401**	,458**	,431**
	Sig. (bilateral)	,965	,728	,582	,006	,000	,004	,002	,000		,001	,000	,000
	N	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
Control Afectivo (CA)	Correlación de Pearson	,029	,118	-,020	,549**	,578**	,580**	,192	,588**	,401**	1	,479**	,358**
	Sig. (bilateral)	,824	,358	,874	,000	,000	,000	,132	,000	,001		,000	,004
	N	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
Aceptación con resignación (AR)	Correlación de Pearson	,080	,123	,082	,597**	,459**	,613**	,390**	,453**	,458**	,479**	1	,442**
	Sig. (bilateral)	,533	,335	,524	,000	,000	,000	,002	,000	,000	,000		,000
	N	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63
Descarga Emocional (DE)	Correlación de Pearson	,192	,291*	-,164	,257*	,220	,466**	,435**	,332**	,431**	,358**	,442**	1
	Sig. (bilateral)	,132	,021	,199	,042	,083	,000	,000	,008	,000	,004	,000	
	N	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63	63

Nota. ** = La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). * = La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN.

5.1. Discusión.

Esta investigación se realizó con el propósito de describir los tipos de estrategias de afrontamiento presentes y su relación con los niveles de las dimensiones indicadoras del síndrome de burnout en una muestra de 63 profesionales de enfermería de la provincia de Entre Ríos.

Refiriéndonos al primer objetivo de describir los niveles de estrategias de afrontamiento presentes en el personal de enfermería de Entre Ríos, puede apreciarse que en promedio se utilizaron más estrategias centradas en la evaluación y la emoción (Redefinición Cognitiva, Control Afectivo y Aceptación con Resignación), aunque también se encontraron estrategias centradas en la evaluación, emoción y en el problema dentro de las menos utilizadas (Descarga emocional, el Requerimiento de información y la Evitación Cognitiva), de manera que no puede afirmarse una clara predominancia de estrategias de un tipo de afrontamiento sobre otras.

De igual forma tampoco puede distinguirse un mayor uso de estrategias funcionales sobre las disfuncionales, debido a que se utilizó con mayor y menor frecuencia estrategias pertenecientes a ambas categorías. Ya que entre las más utilizadas se encontró la Redefinición Cognitiva que se clasificaría como funcional, pero también se incluyeron en este grupo el Control Afectivo y la Aceptación con Resignación que se caracterizarían como disfuncionales. Y dentro de las menos utilizadas se encontraron la Descarga Emocional y la Evitación Cognitiva que se tratan de estrategias disfuncionales, mientras que el Requerimiento de Información se trata de una estrategia funcional.

Estos resultados coinciden parcialmente con los hallados por Sapetti y Toso Aguilar (2017) en una población de médicos anesestesiólogos en la ciudad de Paraná, donde las estrategias de afrontamiento con puntajes medios más altos fueron dos estrategias de afrontamiento centradas en la evaluación, el Análisis Lógico y Redefinición Cognitiva, y una estrategia centrada en la emoción, el Control Afectivo. Dos de estas estrategias, el Control Afectivo y la Redefinición Cognitiva, también se encontraron dentro de las más utilizadas en promedio en la muestra de la presente investigación. Esto podría sugerir que, en promedio, los profesionales de salud, incluidos dentro de estos los profesionales de enfermería y médicos anesestesiólogos, en la población de Entre Ríos suelen utilizar con más frecuencia estrategias de afrontamiento centradas en la evaluación y emoción.

Si consideramos las estrategias de afrontamiento centradas en la evaluación como una forma activa de afrontamiento, los resultados aquí hallados coincidirían parcialmente también con los encontrados por Puto et al. (2021) donde los profesionales de enfermería que trabajaron con pacientes infectados de Covid-19 utilizaban con más frecuencia tanto estrategias activas centradas en el problema así como pasivas y centradas en la emoción, en comparación con profesionales de enfermería que no atendían pacientes infectados de Covid-19 que utilizaban con mayor predominancia solo estrategias activas. Teniendo esto en cuenta y comparándolo con resultados como los de Valdes et. al. (2010), que encuentran que suelen predominar las estrategias de afrontamiento activo en los profesionales de enfermería, y en menor medida los resultados obtenidos por Volker et. al. (2010) donde también en su muestra compuesta por enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras entre otros trabajadores de salud con pacientes que presentan consumos problemáticos de opio, hallaron que predomina el uso de estrategias de afrontamiento activas sobre las pasivas para afrontar el estrés, podría sugerir la posibilidad de que ante la situación de contexto de pandemia y de atender pacientes infectados de Covid-19 haya llevado a que las profesionales de enfermería tengan que diversificar sus estrategias de afrontamiento frecuentemente utilizadas incluyendo tanto estrategias activas y centradas en el problema como pasivas y centradas en la emoción para poder adaptarse exitosamente. Aun así, las comparaciones que se pueden establecer son limitadas debido a las diferencias en clasificaciones, en los instrumentos utilizados, y en las profesiones y países de origen de las muestras incluidas en las investigaciones mencionadas.

En cuanto al segundo objetivo de describir niveles de las dimensiones indicadoras del síndrome de burnout en el personal de enfermería de la provincia de Entre Ríos, puede observarse que en cada una de las tres dimensiones el mayor porcentaje de la muestra se encontraba dentro del grupo de niveles altos (49,2% en Agotamiento Emocional, 42,9% en Despersonalización y 46% en Realización Personal), mientras que el resto del porcentaje de los puntajes se encontraba distribuido dentro de los niveles intermedios y bajos, a excepción de la Realización personal donde casi el resto de la mitad de la muestra restante presentó niveles bajos (42,9%). De todas formas, estos son solos los puntajes de las dimensiones que componen el síndrome, las cuales deben ser tomadas como sus propias entidades de acuerdo a Maslach y Jackson (1997) y para poder interpretarlas se debe tener en cuenta el criterio utilizado por múltiples autores que determina la presencia del síndrome a partir de puntuaciones altas en Agotamiento Emocional y

Despersonalización junto a un puntaje bajo en Realización Personal (Gil-Monte y Marucco, 2008). A partir de este criterio y utilizándose los puntos de corte propuestos por Neira (2004 como se citó en Ceccoli, 2022) para distinguir entre puntajes altos, intermedios y bajos en las tres dimensiones, puede encontrarse que solo un 12,69% de la muestra presentó el síndrome.

Este porcentaje fue menor al observado por Gil-Monte y Marucco (2008) en su investigación sobre una población de pediatras de hospitales generales de la ciudad de Buenos Aires, que al aplicar los puntos de corte de Neira encontraron que el 39,4% de los sujetos incluidos en la muestra presentaban el síndrome, y también fueron menores a los encontrados por Ceccoli (2022) donde de una muestra de médicos y radiólogos de hospitales de la provincia de Mendoza el 28,6% presentaron el síndrome. Comparándolo con resultados evaluados durante la pandemia, Castro et al. (2022) utilizando también los puntos de corte de Neira encontraron que, en una muestra de profesionales de salud la cual incluía enfermeros, kinesiólogos respiratorios, personal administrativos y mayoritariamente médicos de un hospital universitario de alta complejidad de la ciudad de Buenos Aires, la prevalencia de síndrome de burnout fue de 38%.

Este porcentaje de prevalencia del síndrome menor en comparación con estas investigaciones podría explicarse con lo que mencionan Castro et al. (2022) donde hallaron que los profesionales de enfermería presentaban en promedio valores significativamente más altos de Realización Personal en comparación con médicos y kinesiólogos. Teniendo esto en cuenta los resultados de la presente investigación podrían sugerir que la población de profesionales de enfermería de Entre Ríos posee en promedio una mayor realización personal en comparación con sujetos de otras profesiones, lo que implicaría que presentan una evaluación más positiva sobre sí mismos y su rendimiento laboral (Gil-Monte, 2005). Esto podría actuar como un factor protector que impediría que se desarrolle el síndrome a pesar de poseer niveles altos de Agotamiento Emocional y Despersonalización, y a su vez coincide con el hecho de que el 46% de la muestra poseían niveles altos de Realización Personal.

Vinculado a esto en el modelo del síndrome de burnout de Gil-Monte (2005) el sentimiento de culpa tiene un importante papel en el desarrollo del síndrome siendo uno de los síntomas más relevantes, explicando que al verse causado el síndrome por la exposición a un contexto de estrés laboral crónico hace que sea difícil para el profesional identificar relaciones de causa y efecto entre las diversas fuentes de estrés del entorno laboral y las respuestas que utilizan para enfrentarse al mismo, facilitando en cambio que

la persona termine haciendo atribuciones internas para explicar sus reacciones y fallos profesionales. Esto llevaría a que los profesionales desarrollen creencias de que son incapaces de realizar su trabajo o son malas personas, así como pensamientos negativos sobre sus clientes y la manera negativa y cínica con las que ellos tratan a sus pacientes, culminando en sentimientos de culpa. A su vez la falta de apoyo social en el trabajo y de comunicación entre los profesionales, como la tendencia de los supervisores de atribuir los problemas de los profesionales a errores individuales de ellos, favorece que el individuo establezca la idea de que es el único que tiene estas reacciones negativas y que es un problema por el cual es responsable. Teniendo esto en cuenta y considerando que las características de estos sentimientos de culpa coincidieron, al menos parcialmente, con lo que Gil-Monte y muchos autores definen como baja realización personal (sentimientos y valoraciones negativos hacia uno mismo, su autoestima, su desempeño laboral y sus relaciones interpersonales con otros), podría sugerirse la posibilidad de que la población de profesionales de enfermería de Entre Ríos presentan de forma significativa una adecuada evaluación sobre las causas detrás de sus reacciones y fallas laborales de manera que no padezcan de sentimientos de culpa que tendrían efectos nocivos para su autoestima, lo que llevaría a que mantengan niveles mayores de realización personal que podría actuar como un posible factor protector contra el síndrome de burnout. Aun así, esto es solo una sugerencia que requeriría de una exploración en mayor profundidad en futuros estudios.

Por otro lado, Grau et al. (2007) realizaron una investigación con una muestra de 6150 profesionales sanitarios de distintos países hispanohablantes (en su mayoría de Argentina, incluyendo también sujetos de México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala, España, entre otros) y hallaron que solo el 11,4% de los sujetos presentaban el síndrome, lo cual coincidiría con los porcentajes observados en la presente investigación. Y teniendo en cuenta que la muestra de esta investigación estaba compuesta mayoritariamente por médicos, podría señalar que también estos valores bajos de prevalencia del síndrome pueden observarse en otras profesiones de salud.

Otros factores que teóricamente podrían estar actuando como protectores o preventivos del síndrome en la población estudiada explicando los niveles bajos de síndrome de burnout serían: condiciones de trabajo con énfasis en la participación de los trabajadores; y la formación de empleados en las habilidades necesarias para el ejercicio de su actividad que le permita responder a las expectativas de los clientes y la organización, formándose tanto a nivel interpersonal sobre habilidades sociales y

autoeficacia, a nivel individual sobre estrategias de resolución de problemas o de tipo cognitivo-conductual, y a nivel organizacional sobre acciones para el cambio y desarrollo organizacional (Gil-Monte, 2005).

Alternativamente, una posible explicación de los bajos niveles de prevalencia del síndrome es que el cuestionario de MBI-HSS fue administrado durante mediados de 2022, donde la situación del contexto de pandemia por Covid-19 ya se encontraba mucho más estabilizada en comparación con las primeras etapas de la pandemia, por lo que tal vez muchos profesionales contaban con condiciones de trabajo que producían un menor grado de estrés laboral crónico comparadas con las que atravesaron al principio de la misma. De acuerdo a Gil-Monte (2005), los principales factores etiológicos en el desarrollo del síndrome de burnout se trata de las características del entorno de trabajo y las condiciones laborales, lo cual sería coherente con esta explicación y podría significar que de haberse administrado el cuestionario de MBI-HSS durante las primeras etapas de la pandemia, donde las condiciones laborales eran mucho más demandantes y negativas para el profesional de enfermería, probablemente se habrían obtenido valores más altos en la cantidad de casos que presentan el síndrome.

Enfocándonos en el tercer objetivo de identificar si existe una relación significativa entre los niveles de las estrategias de afrontamiento utilizadas y los niveles de síndrome de burnout en el personal de enfermería de la provincia de Entre Ríos, los datos obtenidos indican relaciones significativas entre las variables, específicamente que la Despersonalización se correlacionó positivamente con la Descarga emocional y Evitación cognitiva, y que la Realización Personal se correlacionó positivamente con la variable de Redefinición Cognitiva.

Refiriéndonos a las estrategias centradas en la emoción y estrategias centradas en el problema, se verifica sólo parcialmente la hipótesis, ya que si bien se encontró una relación significativa entre una estrategia centrada en la emoción (Descarga Emocional) y una dimensión del síndrome de burnout, no se obtuvo ninguna asociación significativa entre dimensiones de burnout y las estrategias centradas en el problema.

La asociación entre las estrategias centradas en la emoción y una de las dimensiones del burnout coinciden con múltiples estudios. Mefoh et al. (2019) realizó una investigación sobre una población de profesionales de enfermería y los datos indicaron una asociación positiva entre las estrategias de afrontamiento centradas en emoción con las dimensiones de Despersonalización y Agotamiento Emocional, aunque en el presente trabajo solo se encontró una relación significativa entre la

Despersonalización y las estrategias centradas en la emoción. El meta análisis de diversas investigaciones en diferentes poblaciones realizado por Shin et al (2014) dio como resultado que las tres dimensiones de burnout se asociaron con las estrategias centradas en la emoción, asociándose con niveles más bajos de Realización Personal y correlacionando positivamente con Agotamiento Emocional y la Despersonalización, siendo especialmente más significativas las relaciones con Agotamiento Emocional y Despersonalización, lo cual coincide en parte con lo observado en el presente trabajo ya que se encontró una asociación positiva entre la Descarga Emocional con la Despersonalización y no se hallaron relaciones entre esta y otras estrategias centradas en la emoción con el agotamiento emocional. Además, los resultados del presente trabajo concuerdan con lo hallado por Ben-Zur y Michael (2007), que observaron que las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción correlacionaron positivamente con la Despersonalización y negativamente con la Realización Personal, y que tras un análisis de regresión apreciaron que solo existía una asociación significativa entre Despersonalización y estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción.

Esta relación tan significativa entre la Despersonalización y las estrategias centradas en la emoción observadas en este trabajo y en otros estudios resulta importante al tener en cuenta el modelo de síndrome de Burnout propuesto por Gil-Monte (2005), de acuerdo al cual este síndrome se caracteriza por la utilización de estrategias de afrontamiento no funcionales para responder al estrés laboral crónico. De acuerdo a este autor primero el sujeto desarrolla al mismo tiempo un nivel alto de Agotamiento Emocional y niveles bajos de Realización Personal, a lo que posteriormente aparecería el síntoma de Despersonalización como una estrategia de afrontamiento al estrés laboral llevada a cabo por los profesionales. Esta explicación de Gil-Monte sugeriría que en la población de profesionales de enfermería de Entre Ríos, al padecer el Agotamiento Emocional como resultado de las tensiones que atraviesan en las relaciones con sus pacientes, en un intento de afrontar el estrés que le genera este Agotamiento Emocional responden al mismo con una estrategia centrada en la emoción (Descarga Emocional) la cual a largo plazo lleva a que este aumente los grados de Despersonalización o se convierta en sí misma en una forma de Despersonalización de sus pacientes para poder conllevar las dificultades de su trabajo, teniendo así efectos negativos para su salud y su desempeño laboral.

Por otro lado la falta de asociación, sobre todo de correlaciones negativas, entre estrategias centradas en el problema y las dimensiones del síndrome de burnout es

destacable, ya que múltiples estudios han obtenido resultados que indican que las estrategias activas u orientadas al problema actúan como posibles factores protectores ante el síndrome de burnout o se relacionan con niveles menores en las dimensiones de burnout en comparación a las estrategias de afrontamiento pasivos u orientadas a las emociones (Valdes et al., 2010; Shin et al., 2014; van der Colff y Rothmann, 2009; Volker et al., 2010). Incluso múltiples investigaciones que señalan una correlación positiva entre estrategias de afrontamiento centradas en la emoción con las dimensiones del síndrome, como Ben-Zur y Michael (2007) y el meta análisis de distintos estudios de Shin et al. (2014), también han hallado resultados que sugieren una correlación negativa entre las dimensiones de burnout con las estrategias activas u orientadas hacia el problema. Particularmente, los trabajos realizados previamente indican una asociación positiva más fuerte entre las estrategias de afrontamiento activas o centradas en el problema con la dimensión de Realización Personal (Ben-Zur y Michael, 2007; Shin et al., 2014; Ercolani et al., 2020), relación que tampoco pudo observarse en el presente estudio.

La ausencia de esta asociación estaría más en acuerdo con el trabajo de Hernández Zamora et al. (2004), donde los autores determinan que los resultados obtenidos no son concluyentes y no se diferencian en gran medida de otros trabajos que han hallado escasas relaciones entre el síndrome de burnout y el afrontamiento, y que las relaciones que sí se hallaron entre las variables son diferentes a los resultados esperados. A su vez también ha habido trabajos que reportan inconsistencias en las asociaciones de diferentes estrategias de afrontamiento con las dimensiones del síndrome (Shin et al., 2014). Ante estos resultados contradictorios e inconsistentes tanto Hernández Zamora et al (2004) y Shin et al. (2014) sugieren como posibles explicaciones la amplia variedad de definiciones, clasificaciones, modelos e instrumentos utilizados para conceptualizar y medir las estrategias de afrontamiento en la literatura científica. Es posible que esta misma limitación o conflicto de definiciones e instrumentos con otras investigaciones pueda justificar los resultados del presente trabajo, aunque en investigaciones realizadas en Argentina con la misma clasificación de Moos y Billings utilizada en este trabajo se han encontrado relaciones entre las dimensiones del burnout con las estrategias centradas en el problema (Popp, 2008; Sapetti y Toso Aguilar, 2017).

La falta de esta asociación negativa y el hecho de que la predominancia del síndrome no superó el 12,69% de la muestra, indicaría que en el caso de los profesionales de enfermería de Entre Ríos no serían las estrategias centradas en el problema las que actúan como eficaces significativamente para el manejo del estrés laboral crónico que

lleva al desarrollo del síndrome de burnout. Esto podría explicarse debido a lo que exponen Lazarus y Folkman (1984) y Lazarus (2000) de que una estrategia de afrontamiento va a ser eficaz en el manejo del estrés de acuerdo al grado en que: responde apropiadamente a las oportunidades y demandas situacionales que surgen de la relación del individuo con su ambiente por un lado; y por otro lado coincide con otros aspectos de la personalidad del sujeto como sus metas, valores, creencias, estilos de afrontamiento, compromisos y criterios para evaluar los resultados de las estrategias implementadas. Vinculando esto a lo observado por Shin et al. (2014), antes del contexto de pandemia por Covid-19, de que existe una fuerte asociación entre estrategias centradas en el problema con niveles bajos de Agotamiento Emocional y Despersonalización y niveles altos de Realización Personal en la población de profesionales de enfermería, con lo hallado por Puto et al. (2021) donde los profesionales de enfermería que atendieron pacientes infectados de Covid-19 hacían más uso de estrategias activas centradas en el problema junto con pasivas y centradas en la emoción comparados con los que no trabajaron con pacientes infectados de Covid-19, puede sugerirse que no se vio una asociación entre estrategias centradas en el problema y dimensiones de burnout en esta investigación debido a que las características específicas de las condiciones de trabajo durante el contexto de pandemia de Covid-19 implicaron un cambio en las demandas y oportunidades de las situaciones con las que se enfrentaron los profesionales, así como en sus metas, valores y compromisos. Lo que llevó a que las estrategias centradas en el problema ya no se adapten adecuadamente a este contexto particular perdiendo así su eficacia y su aspecto protector contra el síndrome para el sujeto.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento centradas en la evaluación, se encontró una correlación positiva entre la Redefinición Cognitiva y la Realización Personal. Tanto Popp (2008) como Sapetti y Toso Aguilar (2017) también encontraron que ciertas estrategias centradas en la evaluación se relacionaron significativamente con la dimensión de Realización Personal. Estos resultados podrían deberse a que la Realización Personal se refiere a la forma en que se evalúa a sí mismo el sujeto en cuanto a su desempeño profesional, capacidad de llevar a cabo su trabajo y su manera de relacionarse interpersonalmente sobre todo con las personas a la que brinda sus servicios (Gil-Monte, 2005), mientras que las estrategias de evaluación justamente se enfocan en alterar la forma en que se interpreta el conflicto desbordante o estresante para reducir las consecuencias del mismo. Así las estrategias centradas en la evaluación justamente afectarían la forma en que el sujeto se evalúa a sí mismo y su desempeño laboral en

situaciones que identifican como estresantes, lo cual tendría un efecto significativo sobre su Realización Personal. Específicamente según los resultados de la presente investigación la Redefinición Cognitiva, que implica centrarse o enfocarse en los aspectos favorables y positivos de la situación estresante (Billings y Moos, 1981; Moos y Billings, 1982), indicaría que ante situaciones estresantes en sus actividades laborales y atención al paciente el profesional de enfermería se centra en los aspectos favorables y positivos sobre su desempeño laboral y sus capacidades, de esta manera reforzando su Realización Personal y disminuyendo las posibilidades de desarrollar el síndrome de burnout.

Esta relación entre la Redefinición Cognitiva y la Realización Personal coincidiría con lo mencionado anteriormente donde se sugería que la baja prevalencia del síndrome en la muestra estudiada podría deberse a que los profesionales de enfermería de Entre Ríos evalúan correcta y objetivamente las causas detrás de sus reacciones y errores cometidos durante sus actividades laborales. De acuerdo a esto los profesionales de enfermería utilizarían la Redefinición Cognitiva para destacar también los aspectos positivos sobre su actuación en su labor, y por lo tanto no se concentrarían solamente en los aspectos negativos de sus reacciones y podrían detectar que factores externos, como las condiciones laborales, podrían contribuir a estos problemas y errores en vez de atribuirse a ellos mismos la completa responsabilidad y considerarse los únicos que presentan estas dificultades. De esta manera la Redefinición Cognitiva evitaría el desarrollo de creencias y pensamientos negativos sobre sí mismos, sobre su desempeño laboral y sobre los pacientes, y por lo tanto evitaría además que se den niveles bajos de Realización Personal.

Por otro lado, también se halló una correlación positiva entre la Despersonalización y la Evitación Cognitiva, otra estrategia centrada en la evaluación, de manera que los resultados sugieren que no todas las estrategias de este tipo funcionarían como un factor protector. La investigación de Sapetti y Toso Aguilar (2017) también halló una correlación positiva entre estas dos variables, teniendo en cuenta que la Despersonalización es cuando el profesional presenta actitudes y sentimientos negativos hacia las personas que asiste en su trabajo que lleva a que vea a estas personas de manera deshumanizada (Gil-Monte, 2005), y la Evitación Cognitiva se refiere a cuando la persona desiste de pensar en el problema incluso negando su existencia (Billings y Moos, 1981; Moos y Billings, 1982), se podría suponer que la negación o evitación de los problemas que enfrentan en el entorno laboral, por parte de los profesionales de enfermería, estarían relacionadas con el desarrollo de sentimientos y actitudes deshumanizantes ante las

personas que tienen a su cuidado. De todas formas, no es posible determinar con los actuales resultados las características detalladas de esta relación, en cuanto a si una de estas variables es causante de la aparición de la otra, o si estas se desarrollan juntas retroalimentándose mutuamente.

Es necesario destacar que las relaciones encontradas entre las estrategias centradas en la evaluación con las dimensiones de burnout en este trabajo poseen varias diferencias con las observadas en otros estudios similares. En Sapetti y Toso Aguilar (2017) también se halló una correlación positiva entre la Evitación Cognitiva con la dimensión de Agotamiento Emocional, así como una correlación negativa entre esta estrategia y la Realización Personal, las cuáles no se encontraron en el presente trabajo, pero esto podría deberse a que la Evitación Cognitiva fue una de las estrategias de afrontamiento menos utilizadas por la población estudiada. Por otro lado tanto Popp (2008) como Sapetti y Toso Aguilar (2017) también observaron relaciones significativas entre el Análisis Lógico con las dimensiones de Agotamiento Emocional, Realización Personal y Despersonalización, que de nuevo no coinciden con los resultados de esta investigación.

Refiriéndonos a las estrategias funcionales y disfuncionales, puede apreciarse que, a partir de la clasificación de Richaud de Minzi (2006), las estrategias que correlacionaron positivamente con Despersonalización se tratan de estrategias disfuncionales, mientras que la que correlacionó positivamente con la Realización Personal y por lo tanto funcionando como un posible factor protector ante el burnout se trata de una estrategia funcional. Es importante destacar que, si bien se encontraron asociaciones significativas entre estrategias de afrontamiento disfuncionales con mayores niveles en las dimensiones de burnout y entre estrategias funcionales y menores niveles en las dimensiones de burnout, no se halló ninguna relación entre estos tipos de estrategias con la dimensión de Agotamiento Emocional.

Estos resultados coinciden hasta cierto punto con los encontrados por Popp (2008), indicando que las enfermeras con mayor grado en las dimensiones del síndrome tenderían a utilizar estrategias más disfuncionales y utilizar en menor medida estrategias funcionales, principalmente en cuanto a las dimensiones Despersonalización y baja Realización Personal. Por otro lado mientras que en Popp (2008) se observó que las enfermeras con baja Despersonalización utilizaron en mayor medida las estrategias de afrontamiento de Análisis Lógico, Gratificaciones Alternativas y Acción, indicando así una correlación negativa entre estas variables, y las enfermeras con niveles altos de Despersonalización utilizaron en mayor nivel la estrategia de Requerimiento de

Información, en la presente investigación la dimensión de Despersonalización no se asoció significativamente con ninguna de esas estrategias de afrontamiento. También los resultados de Popp (2008) indican que a menor nivel de Realización Personal también disminuye el uso de Análisis Lógico y de Acción, señalando una correlación positiva entre estas variables, además de que las enfermeras con niveles altos de Realización Personal utilizaron en mayor medida el Control Afectivo, mientras que en la presente investigación solo se observó una asociación significativa entre Redefinición Cognitiva con Realización Personal.

Los resultados de Sapetti y Toso Aguilar (2017), como ya se mencionó anteriormente, también indicaron una correlación positiva entre Evitación Cognitiva y Despersonalización como en los datos de la actual investigación, aunque estos autores además hallaron que la Evitación Cognitiva se correlacionó positivamente con el Agotamiento Emocional y negativamente con la Realización Personal, lo cual no se vio reflejado en este trabajo. A su vez estos autores también hallaron asociaciones entre el Análisis Lógico y las Gratificaciones Alternativas con el Agotamiento Emocional, las cuales no se encontraron en los resultados de este trabajo.

Puede observarse que si bien la presente investigación coincide en sus resultados con los obtenidos por otras investigaciones llevadas a cabo en poblaciones argentinas con la misma clasificación de estrategias de afrontamiento, en cuanto a que generalmente se hallaron relaciones entre estrategias consideradas funcionales con menores niveles en las dimensiones de burnout y entre las estrategias disfuncionales con mayores niveles en las dimensiones de burnout, fueron diferentes las estrategias de afrontamiento específicas que se vieron relacionadas con estas dimensiones. En cuanto a las diferencias con Sapetti y Toso Aguilar (2017) estas podrían deberse a las distintas profesiones de la población de la muestra estudiada, señalando cómo difiere el afrontamiento al estrés entre los profesionales de enfermería con los médicos anestesiólogos, donde los primeros encontrarían más adaptativo o protector contra el síndrome de burnout el uso de la Redefinición Cognitiva. Las disparidades con los resultados de Popp (2008) podrían deberse a que durante el contexto de pandemia por Covid-19, al haberse visto modificados las demandas y oportunidades situacionales, así como las metas, criterios y valores de los profesionales de enfermería por las nuevas condiciones laborales en las que se desempeñaban, las estrategias que resultaban más protectoras ante el síndrome fueron distintos en comparación a los que sí resultaban adaptativos en el año 2008. Es posible que el hecho de que Popp (2008) haya utilizado una versión distinta del MBI al

administrado en este trabajo, también explique las diferencias observadas. Además, otra posible razón que explique las diferencias con ambas investigaciones es que tanto en Popp (2008) como en Sapetti y Toso Aguilar (2017) las cantidades de las muestras no fueron suficientes para generalizar de manera significativa los datos obtenidos.

5.2. Conclusión.

A lo largo de los años la literatura científica siempre ha remarcado la vulnerabilidad de los profesionales de salud ante el estrés y sus trastornos asociados, sobre todo los profesionales de enfermería, debido a las dificultades inherentes de su trabajo al dedicarse a atender personas en situaciones de riesgo y las exigencias intensas impuestas social e institucionalmente sobre su labor. Por esta razón no es de extrañar que a partir de lo observado en el contexto de pandemia por Covid-19, donde las condiciones laborales de los profesionales de enfermería se volvieron aún más duras, peligrosas y demandantes, muchas investigaciones se están llevando a cabo para evaluar el efecto que esta ha tenido sobre estos profesionales, sus niveles de estrés y sus maneras de afrontarlo.

A continuación, se concluirá exponiendo los resultados de la presente investigación.

En función del primer objetivo se concluye que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron las de Redefinición Cognitiva, Control Afectivo y Aceptación con Resignación, mientras que las estrategias menos utilizadas fueron la Descarga Emocional, el Requerimiento de Información y la Evitación Cognitiva. No se encontró una predominancia de estrategias de un tipo de afrontamiento específico (centrado en el problema, la emoción o la evaluación). Tampoco se halló una predominancia de estrategias funcionales sobre las disfuncionales o viceversa.

Las comparaciones con otras investigaciones sugieren que los profesionales de salud en Entre Ríos con más frecuencia recurren a estrategias de afrontamiento centradas en la evaluación y emoción, y la posibilidad de que los profesionales de enfermería tuvieron que diversificar su uso de estrategias de afrontamiento, empleando tanto estrategias activas centradas en el problema como estrategias pasivas y centradas en la emoción, al momento de atender a sus pacientes en el contexto de pandemia por Covid-19.

En cuanto al segundo objetivo, se observó que el mayor porcentaje de la muestra presentó niveles altos en las tres dimensiones del síndrome, destacándose que en el caso de la Realización Personal casi el resto de la mitad de la muestra restante exhibieron niveles bajos. Al interpretar los datos obtenidos se concluye que el 12,69% de la muestra presentó el síndrome, lo cual es un porcentaje menor comparado a múltiples investigaciones sobre el burnout anteriores. Esto podría deberse a que los profesionales

de enfermería poseen con más frecuencia un nivel más alto de Realización Personal en comparación con otras profesiones, pudiendo esto actuar como un posible factor protector evitando que desarrollen el síndrome de burnout.

Una explicación alternativa al bajo porcentaje de prevalencia del síndrome en la muestra es que se administró el cuestionario MBI-HSS en mediados de 2022 cuando ya se encontraba mucho más estabilizada la situación del contexto de pandemia por Covid-19 y los profesionales atravesaban condiciones laborales que generaban un menor nivel de estrés laboral crónico en relación a las condiciones que vivieron en los primeros periodos de la pandemia.

Enfocándonos en el tercer objetivo se puede concluir que se observó una relación significativa entre estrategias de afrontamiento centrado en la emoción con la Despersonalización, lo cual coincide con múltiples estudios que proponen la correlación positiva entre este grupo de estrategias y las dimensiones de burnout. Por otro lado, es destacable que solo se halló una relación entre estas estrategias con una sola dimensión del síndrome cuando otros trabajos han encontrado aún más asociaciones significativas.

No se observó una relación entre las estrategias de afrontamiento centrado en el problema con las dimensiones de burnout, a pesar de la diversidad de trabajos anteriores que indican una asociación entre estas variables y el uso con mayor frecuencia de estas estrategias en los profesionales de enfermería, lo cual podría indicar la posibilidad de que durante el contexto de pandemia estos profesionales necesitaron diversificar su usual patrón de afrontamiento encontrando más funcional o eficaz las estrategias de afrontamiento centradas en la evaluación.

En cuanto a las estrategias centradas en la evaluación, se observó una correlación positiva entre Evitación Cognitiva y la Despersonalización, pero por otro lado se encontró además una asociación positiva entre la Redefinición Cognitiva y la Realización Personal. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otras investigaciones, indicando así la importancia de estrategias de este tipo de afrontamiento en la aparición del síndrome, ya que la Evitación Cognitiva estaría posiblemente relacionada al desarrollo del síndrome y de manera opuesta la Redefinición Cognitiva podría funcionar como un posible factor protector contra el mismo.

Por último, las estrategias consideradas funcionales se asociaron con mayores niveles de Realización Personal, implicando que tendrían un posible papel protector hacia el síndrome, así como que las estrategias que generalmente resultan disfuncionales

presentaron una asociación positiva con mayores grados de Despersonalización, implicando un posible papel en el desarrollo del síndrome.

Puede concluirse que los resultados indican que existe una relación entre las estrategias de afrontamiento con las dimensiones del síndrome de burnout, donde algunas de ellas resultan funcionales y tienen un efecto protector contra el mismo, mientras que otras resultan disfuncionales e inciden en el desarrollo del síndrome.

5.3. Limitaciones.

La limitación más importante de este trabajo es que debido a errores cometidos durante la recolección de datos, en varios casos las respuestas a algunos ítems de ambos instrumentos utilizados quedaron en blanco sin respuesta por parte de los sujetos. Ante esto se rellenaron los datos faltantes con el método de moda, completando las respuestas con las más frecuentemente dadas por los sujetos de la muestra estudiada. Es posible que estos ítems faltantes hayan influenciado los resultados obtenidos y por lo tanto deberá tenerse en cuenta a la hora de compararse con futuras investigaciones sobre la relación de estas variables.

Asimismo, una limitación de este estudio es que se utilizó una muestra intencional cuyo tamaño no es el suficiente para permitir generalizar los resultados a toda la población. Sumado a esto es probable que los sujetos con mayores niveles de burnout no hayan participado, tal vez debido a la misma falta de motivación que produciría el síndrome de burnout.

Otra limitación es el hecho de que los datos sobre estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout fueron obtenidos a partir de cuestionarios administrados en mediados del año de 2022, y no durante las primeras etapas del contexto de pandemia por Covid-19, por lo tanto, deberá considerarse este aspecto al comparar estas investigaciones con otras que también investiguen las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de burnout en otras etapas del contexto de pandemia por Covid-19.

También constituye una limitación el que no muchos trabajos sobre esta temática han utilizado la clasificación de Moos y Billings a la que adhiere el presente trabajo, así como que otros autores han criticado el uso del Ways of Coping Questionnaire para el estudio de las estrategias de afrontamiento citando problemas con su fiabilidad y validez (Hernández Zamora et al., 2004), por lo que los datos obtenidos con este instrumento y clasificación podrían encontrarse limitados por estos aspectos.

A su vez al tratarse de una investigación de corte transversal no puede apreciarse los cambios y variedades que estos fenómenos estudiados podrían tener en el paso del tiempo.

Además, una limitación del presente estudio es que no se preguntó específicamente por las localidades donde ejercían su profesión los sujetos, y por lo tanto

no podrían establecerse comparaciones entre las distintas poblaciones de diferentes regiones de Entre Ríos.

Finalmente, este estudio no diferenció entre las instituciones en la que estos profesionales se desempeñaban laboralmente, siendo que las instituciones públicas y privadas podrían presentar diferentes situaciones estresantes y por lo tanto lleven al uso de diferentes estrategias para su afrontamiento.

5.4. Recomendaciones.

Sería enriquecedor que futuros trabajos sobre esta misma temática lleven a cabo estudios longitudinales que permitan observar cómo cambian las variables analizadas con el paso del tiempo, así como llevar a cabo investigaciones que estudien la relaciones entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout en distintas poblaciones de distintas profesiones para poder apreciar las diferencias que se encuentren.

A su vez el uso de instrumentos y clasificaciones de las estrategias de afrontamiento más actualizadas y en línea con los utilizados más frecuentemente en estudios internacionales, permitiría un mayor rango de investigaciones con las que puede establecerse comparaciones más certeras y específicas.

También sería valioso que próximos trabajos sobre una población argentina exploren en profundidad la relación entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones del síndrome de burnout con otros factores y variables demográficas, como edad, género, la cantidad de años de experiencia trabajando en enfermería, cantidad de horas laborales semanales, y si el sujeto trabaja en instituciones privadas o públicas.

Futuros trabajos que investiguen en mayor detalle la relación entre estas variables y busquen verificar los datos encontrados en esta investigación resultaran útiles para poder identificar que estrategias específicas podrían constituirse en factores protectores ante el síndrome, para luego construir planes de formación en estas estrategias de afrontamiento que podrían incluirse en proyectos preventivos de capacitación para fortalecer la salud de los profesionales de enfermería, promoviendo su bienestar y calidad de vida.

La protección de nuestros profesionales de enfermería debe ser considerada una de nuestras prioridades como sociedad, ya que como se pudo notar durante el contexto de pandemia, siempre han sido estos profesionales los que cuidan a pacientes en riesgo, constituyendo la primera línea de respuesta antes las enfermedades y aflicciones más devastantes de nuestros tiempos, presentándose, así como uno de los pilares más importantes de la salud de nuestras poblaciones.

En cuanto a las recomendaciones que podrían hacerse dirigidas a los profesionales de enfermería, tentativamente se propone que las instituciones, tanto públicas como privadas, empleen profesionales de salud mental para que lleven a cabo evaluaciones con el objetivo de definir cuáles estrategias de afrontamiento utilizan con mayor frecuencia

su personal de enfermería. Para que de acuerdo a estos resultados se planifiquen y se lleven a cabo talleres de concientización sobre el afrontamiento y el síndrome de burnout, que a su vez busquen promover en los profesionales la mayor utilización de estrategias de afrontamiento identificadas como funcionales por Richaud de Minzi (2006) (Análisis lógico, Acción, Requerimiento de Información, y Redefinición Cognitiva), específicamente la Redefinición Cognitiva, y un menor uso de estrategias disfuncionales (Evitación Cognitiva, Control Afectivo, Aceptación con Resignación, Gratificaciones Alternativas y Descarga Emocional), específicamente las de Descarga Emocional y Evitación Cognitiva. Y priorizando sobre todo que los profesionales logren tener un patrón de afrontamiento variado, que utilice múltiples estrategias de afrontamiento, tanto centradas en el problema, la emoción y la evaluación, de acuerdo a cuáles se ajusten mejor para las situaciones singulares que los profesionales enfrentan, evitando así el uso rígido de un mismo conjunto de estrategias para todos los casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Albaladejo, R., Ortega, P., Arbiza, P., Calle, M., Villanueva, R., y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista española de salud pública*, 78 (4), 505-516.
- Almiray-Soto A. L. (2020). COVID-19 y el personal de enfermería en el consultorio de primer nivel. *Rev CONAMED*. 25 (1) 48-54. <https://dx.doi.org/10.35366/97348>
- Ben-Zur, H., & Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: The role of challenge/control appraisals. *Social Work in Health Care*, 45, 63–82. doi:10.1300/J010v45n04_04.
- American Psychological Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4a. versión (DSM-IV)*. Masson.
- Atance Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303. Recuperado en 15 de marzo de 2023, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000300008&lng=es&tlng=es.
- Bertella, M. A. y Parola, M. J.(2009). *Estrategias de afrontamiento en adolescentes que viven el desarraigo*. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.
- Billings, A. G., y Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- Bueno Ferrán, M., & Barrientos-Trigo, S. (2021). Cuidar al que cuida: el impacto emocional de la epidemia de coronavirus en las enfermeras y otros profesionales de la salud. *Enfermería clínica*, 31, 35-39. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>.
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological Impact and Coping Strategies of Frontline Medical Staff in Hunan Between

- January and March 2020 During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924171. <https://doi.org/10.12659/MSM.924171>
- Carlin, M., y Garcés de los Fayos Ruiz, E. J. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169-180.
- Carver, C.H. & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-195.
- Castro, Horacio M., Prieto, Manuel A., & Muñoz, Agustín M. (2022). Prevalencia de síndrome de burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19 y factores asociados. Estudio de corte transversal. *Medicina (Buenos Aires)*, 82(4), 479-486. Recuperado en 13 de abril de 2023, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802022000600479&lng=es&tlng=es.
- Ceccoli, F. (2022). *Síndrome de burnout en profesionales de diagnóstico por imágenes en pandemia de COVID-19 [en línea]. Tesis de Licenciatura.* Pontificia Universidad Católica Argentina. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/14583>
- Chwalisz, K., Altmaier, E. M., & Russell, D. W. (1992). Causal attributions, self-efficacy cognitions, and coping with stress. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11(4), 377–400. <https://doi.org/10.1521/jscp.1992.11.4.377>.
- Contreras T., F., Juárez A., F., & Murrain K., E. (2008). Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería [Influence of Burnout, the quality of life and socioeconomic factors in the strategies of coping used by professionals and aids of infirmary]. *Pensamiento Psicológico*, 4(11), 29–44.
- Cruz Valdes, B., Austria, F., Herrera, L., Vázquez, J. C., Vega, C. Z. y Salas, J. (2010). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout “o de desgaste profesional” en trabajadores de la salud. *Neumología y Cirugía de Tórax*, 69 (3), 137-142.

- Della Mora, M. (2006). Estrategias de afrontamiento (coping) en adolescentes embarazadas escolarizadas. *Revista Iberoamericana de Educación*, 38(3). <https://doi.org/10.35362/rie3832657>.
- Ercolani, G.; Varani, S.; Peghetti, B.; Franchini, L.; Malerba, M.B.; Messina, R.; Sichi, V.; Pannuti, R.; Pannuti, F.(2020) Burnout in Home Palliative Care: What Is the Role of Coping Strategies? *Journal of Palliative Care*, 35 (1) 46-52. DOI: 10.3390/ijerph17207672
- Farrerons Noguera, L. y Calvo Francés, F. Estudio descriptivo del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería en el área sur de Gran Canaria. (2008). *Ansiedad y Estrés*. 14(1),101-113.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.5.992>.
- Fuentes-Bermúdez, G. P. (2020). Enfermería y COVID-19: reconocimiento de la profesión en tiempos de adversidad. *Revista Colombiana de Enfermería*, 19 (1), 1-4. <https://doi.org/10.18270/rce.v19i1.2970>
- Gilla, M. A., Belén Giménez, S., Moran, V. E. Y Olaz, F. O. (2019). Adaptación y validación del inventario de burnout de Maslach en profesionales Argentinos de la salud mental. *Liberabit*, 25(2), 179-193. <https://Dx.Doi.Org/10.24265/Liberabit.2019.V25n2.04>
- Gil-Monte, P. (2005) *El síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout): Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Pirámide.
- Gil-Monte, P. y Marucco, M. (2008). Prevalencia del “Síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Revista de Saúde Pública*, 42 (3), 450-456. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102008000300009>
- Golembiewski, R. T. y Munzenrider, R. F. (1989). Burnout as an Indicator of Gamma Change, II: State-Like Differences Between Phases. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 12(2), 245–260. Recuperado en <http://www.jstor.org/stable/25780400>.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M., & Braga, F. (2007). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *INFORMACIO PSICOLOGICA*, (91-92), 64–79. Recuperado a partir de

<https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/265>

- Greenglass, E. R. y Burke, R. J. (2001). Editorial introduction downsizing and restructuring: Implications for stress and anxiety. *Anxiety, Stress and Coping*, 14(1), 1-13. DOI:10.1080/10615800108248345. Recuperado en https://www.researchgate.net/publication/247496832_Editorial_introduction_downsizing_and_restructuring_Implications_for_stress_and_anxiety
- Guerrero Barona, E. J. (1996). Salud, estrés y factores psicológicos. Campo abierto: Revista de educación, 13, 49-70.
- Hernández Zamora, G. L., Olmedo Castejón, E., y Ibáñez Fernández, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 323-336.
- Hernández Gijón, M., Jiménez Ortega, A., Llergo Re, M., Mazzoni Catterino, L.A. y Perandrés Gómez, A.M. (2014). Síndrome de burnout y satisfacción laboral en el personal sanitario de España y Argentina. *ReiDoCrea: Revista electrónica de investigación y docencia creativa*, 3, 60-68.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (13 de enero de 2021). *International Council of Nurses COVID-19 Update Report*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20COVID19%20update%20report%20FINAL.pdf>
- Jenaro, C., Flores, N., y Arias, B. (2007). Burnout and Coping in Human Service Practitioners. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38, 80-87.
- Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L. y Aizenberg, L. (2022). La enfermería en tiempos de crisis sanitaria: La asistencia y el cuidado en la pandemia por la covid-19 en la provincia de Córdoba. *Cuadernos De H Ideas*, 16(16), e064. <https://doi.org/10.24215/23139048e064>.
- Lazarus, R. S. (2000). *Estrés y Emoción: Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Desclée De Brouwer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1993). *A Longitudinal Study of Burnout among Supervisors and Managers: Comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) Models*. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/222258595_A_Longitudinal_Study

- _of_Burnout_among_Supervisors_and_Managers_Comparisons_between_the_Leiter_and_Maslach_1988_and_Golembiewski_et_al_1986_Models
- Leiter, M. P. (1991). Coping Patterns as Predictors of Burnout: The Function of Control and Escapist Coping Patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12(2), 123–144. Recuperado de <http://www.jstor.org/stable/2488171>.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237–250). Taylor & Francis.
- Martín Díaz, M. D., Jiménez Sánchez, M. P., & Fernández Abascal, E. G. (1997). Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3. Recuperado el 2 de febrero de 2023 de <http://www.reme.uji.es.html>.
- Martini, S. M. (2016). *La relación entre el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos*. Universidad Argentina de la Empresa.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99 - 113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>.
- Maslach, C., y Jackson, S. (1997). *Manual del Inventario Burnout de Maslach*. TEA Ediciones.
- Mena Tudela, D., González C., Víctor M., Cervera Gasch, Á., Salas Medina, P., Orts-Cortés, M. I. (2016). *Cuidados básicos de enfermería*. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Mefoh P.C., Ude E.N. y Chukwuorji J.C. (2019). Age and burnout syndrome in nursing professionals: moderating role of emotion-focused coping. *Psychol Health Med*, 24(1),101-107. doi: 10.1080/13548506.2018.1502457.
- Mingote Adán, J. C., y Pérez García, S. (2013) *Estrés en la enfermería: El cuidado del cuidador*. Diaz de Santos.
- Ministerio de Salud de la República Argentina. (s.f.a). *Coronavirus COVID-19. Información Epidemiológica. Marzo 2020*. Recuperado el 03 de marzo de 2023 de <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/informes-diarios/reportes/marzo2020>.
- Ministerio de Salud de la República Argentina. (s.f.b). *Coronavirus COVID-19. Información Epidemiológica. Sala de Situación*. Recuperado el 03 de marzo

- de 2023 de <https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/sala-situacion>.
- Moreno, B., González, J. L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y Salud percibida en J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83). Pirámide.
- Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Liao, C., Wang, N., Qin, M., & Huang, H. (2020). Work stress among Chinese nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 epidemic. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1002-1009. <https://doi.org/10.1111/jonm.13014>
- Moos, R.H. y Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping resources and processes. En L. Goldberger & S. Bresnitz (Eds.), *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects*, (pp. 212-230). The Free Press.
- Organización Mundial de la Salud. (21 de febrero de 2023). *Centro de Prensa. Preguntas y Respuestas. Estrés*. Recuperado el 03 de marzo de 2023 de <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>.
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Recuperado el 03 de marzo de 2023 de <https://www.who.int/europe/emergencies/situations/covid-19>.
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Brote de enfermedad por el Coronavirus (COVID-19). Situación de la Región de las Américas por el brote de COVID-19*. Recuperado el 03 de marzo de 2023 de <https://www.paho.org/en/topics/coronavirus-infections/coronavirus-disease-covid-19-pandemic> recuperado 2023.
- Parragá Sánchez, J. M. (2005). *Tesis doctoral Eficacia del programa IRIS para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. Universidad de Extremadura Servicio de Publicaciones.
- Peiró, J. M. (2001). El estrés laboral: Una perspectiva individual y colectiva. *Prevención, trabajo y salud: Revista del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo*, 13, 18-38. Recuperado en: https://www.researchgate.net/publication/39174637_El_estres_laboral_Una_perspectiva_individual_y_colectiva
- Popp, M. S. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI).

Interdisciplinaria, 25 (1), 5-27.

- Puto, G., Jurzec, M., Leja-Szpak, A., Bonior, J., Muszalik, M., & Gniadek, A. (2021). Stress and Coping Strategies of Nurses Working with Patients Infected with and Not Infected with SARS-CoV-2 Virus. *International journal of environmental research and public health*, 19(1), 195. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010195>
- Richaud de Minzi, M.C., Sacchi, C. (2001). The effect of inapplicable items in the factor structure of the Ways of Coping Questionnaire Spanish version. *Psychological Reports*, 88, 115-122.
- Richaud de Minzi, M. C. (2006). Evaluación del afrontamiento en niños de 8 a 12 años. *Revista Mexicana de Psicología*, 23 (2), 193-201.
- Rodríguez García, C., Oviedo Zúñiga, A. M., Vargas Santillán, M. D., Hernández Velázquez, V., & Pérez Fiesco, M. D. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en Humanidades*, X (19), 179-193. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18411965011>.
- Sapetti, V. S. y Toso Aguilar, C. M. (2017). *Síndrome De Burnout Y Su Relación con las Estrategias de Afrontamiento en médicos anestesiólogos de la ciudad de Paraná. Tesis (Licenciatura En Psicología)*. Universidad Católica Argentina. Facultad Teresa De Ávila. Departamento De Humanidades.
- Sierra, J. C. (2006). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Universidad de Fortaleza, Revista Mal-estar e Subjetividade.
- Shin, H., Park, Y. M., Ying, J. Y., Kim, B., Noh, H., & Lee, S. M. (2014). Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analysis approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 45 (1), 44-56. <https://doi.org/10.1037/a0035220>
- Tijeras Iborra, A.; Fernández-Andrés, M. I.; Pastor-Cerezuela, G.; Sanz-Cervera, P.; Vélez Calvo, X.; Blázquez-Garcés, J. V.; Tárraga Mínguez, R. (2015). Estrategias y Estilos de Afrontamiento Parental en familias con niños con Trastorno De Espectro Autista (TEA) con o sin Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology: Revista INFAD de Psicología*, 1(2), 311-321. Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la

Infancia, Adolescencia y Mayores Badajoz.
<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2015.n1.v2.63>

- Tourigny, L., Baba, V., Monserrat, S. y Lituchy, T. (2019). Burnout and absence among hospital nurses: An empirical study of the role of context in Argentina. *European Journal of International Management*, 13(2),198. DOI:10.1504/EJIM.2019.098147. Recuperado en https://www.researchgate.net/publication/331584815_Burnout_and_absence_among_hospital_nurses_An_empirical_study_of_the_role_of_context_in_Argentina.
- van der Colff, J. J., & Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *South African Journal of Industrial Psychology*, 35, 1–10. doi:10.4102/sajip.v35i1.423
- Vega, E., Gómez, J., Caballero, I., y Contreras, F. (2017). Síndrome de burnout y calidad de vida laboral en personal asistencial de una institución de salud en Bogotá. *Informes Psicológicos*, 17(1), pp. 87-105.
- Volker, R., Bernhard, B., Anna, K., Fabrizio, S., Robin, R., Jessica, P., Rudolf, S., Lucia, D., Jürgen, R., Franz, H., Christine, S., & Norbert, S. (2010). Burnout, coping and job satisfaction in service staff treating opioid addicts—From Athens to Zurich. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 26(2), 149–159. <https://doi.org/10.1002/smi.1276>

ANEXOS.

Cuestionario de afrontamiento para adultos (Folkman y Lazarus, 1980, adaptación de Richaud de Minzi y Sacchi, 2001)

Piense y describa una situación “problemática” que le haya generado altos montos de estrés, que se haya producido este último año, específicamente en el contexto de atención durante la situación de pandemia por COVID-19 y en base a dicha situación conteste los siguientes ítems. No necesita responder detalladamente, más bien generalice

Ítem		Para nada	Un poco	Bastante	En gran medida
1	Me he concentrado exclusivamente en lo que tenía que hacer a continuación (en el próximo paso)				
2	Intenté analizar el problema para comprenderlo mejor				
3	Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme de todo lo demás				
4	Creí que el tiempo cambiaría las cosas y que todo lo que tenía que hacer era esperar				
5	Me comprometí o me propuse sacar algo positivo de la situación				
6	Hice algo en lo que no creía, pero al menos no me quedé sin hacer nada				
7	Intenté encontrar al responsable para hacerle cambiar de opinión				
8	Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación				
9	Me critiqué o me sermoneé a mi mismo				
10	No intenté quemar mis naves sino que dejé alguna posibilidad abierta				
11	Confíe en que ocurriera un milagro				
12	Seguí adelante con mi destino (simplemente, algunas veces tengo mala suerte)				
13	Seguí adelante como si no hubiera pasado nada				
14	Intenté guardar para mi mis sentimientos				
15	Busqué algún resquicio de esperanza, por así decirlo; intenté mirar las cosas por su lado bueno				
16	Dormí más de lo habitual en mi				

Ítem		Para nada	Un poco	Bastante	En gran medida
17	Manifesté mi enojo a la(s) persona(s) responsable(s) del				
18	Acepté la simpatía y comprensión de alguna persona				
19	Me dije a mi mismo cosas que me hicieron sentirme mejor				
20	Me sentí inspirado para hacer algo creativo				
21	Intenté olvidarme de todo				
22	Busqué la ayuda de un profesional				
23	Cambié, maduré como persona				
24	Esperé a ver lo que pasaba antes de hacer nada				
25	Me disculpé o hice algo para compensar				
26	Desarrollé un plan de acción y lo seguí				
27	Acepté la segunda posibilidad mejor después de la que yo quería				
28	De algún modo expresé mis sentimientos				
29	Me di cuenta de que yo fui la causa del problema				
30	Salí de la experiencia mejor de lo que entré				
31	Hablé con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema				
32	Me alejé del problema por un tiempo; intenté descansar o tomarme unas vacaciones				
33	Intenté sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos, etc.				
34	Tomé una decisión importante o hice algo muy arriesgado				
35	Intenté no actuar demasiado deprisa o dejarme llevar por mi primer impulso				
36	Tuve fe en algo nuevo				
37	Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara				
38	Redescubrí lo que es importante en la vida				
39	Cambié algo para que las cosas fueran bien				
40	Evité estar con la gente en general				
41	No permití que me venciera; rehusé pensar en el problema mucho tiempo				
42	Pregunté a un pariente o amigo y respeté su consejo				

Ítem		Para nada	Un poco	Bastante	En gran medida
43	Oculté a los demás lo mal que me iban las cosas				
44	No tomé en serio la situación; me negué a considerarla en serio				
45	Le conté a alguien como me sentía				
46	Me mantuve firme y peleé por lo que quería				
47	Me desquité con los demás				
48	Recurrí a experiencias pasadas; ya me había encontrado antes en una situación similar				
49	Sabía lo que había que hacer, así que redoblé mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien				
50	Me negué a creer lo que había ocurrido				
51	Me prometí a mi mismo que las cosas serían diferentes la próxima vez				
52	Propuse un par de soluciones distintas al problema				
53	Lo acepté ya que no podía hacer nada al respecto				
54	Intenté que mis sentimientos no interfirieran demasiado con otras cosas				
55	Deseé poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma cómo me sentía				
56	Cambié algo de mi				
57	Soñé o me imaginé otro tiempo y otro lugar mejor que el presente				
58	Deseé que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo				
59	Fantaseé e imaginé el modo en que podrían cambiar las cosas				
60	Recé				
61	Me preparé para lo peor				
62	Repasé mentalmente lo que haría o diría				
63	Pensé cómo dominaría la situación alguna persona a quien tomé como modelo				
64	Intenté ver las cosas desde el punto de vista de la otra persona				
65	Me recordé a mi mismo cuánto peor podrían ser las cosas				
66	Hice <i>jogging</i> u otro ejercicio				
67	Intenté algo distinto de todo lo anterior. (Por favor descríballo) _____ _____				

INSTRUMENTO MASLACH BURNOUT INVENTORY HUMAN SERVICES SURVEY (MBI-HSS)

A cada una de las siguientes frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento, poniendo una equis en la casilla correspondiente y número que considere más adecuado, según la intensidad del sentimiento. La escala de valoración es la siguiente:

		Evaluaciones/Preguntas	Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Alguna veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
			0	1	2	3	4	5	6
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.							
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4	PA	Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes y mis compañeros.							
5	D	Creo que trato a algunos pacientes/compañeros como si fueran objetos.							
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8	EE	Me siento “quemado” por el trabajo.							

9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.							
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.							
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes/compañeros.							
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes/compañeros.							
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21	PA	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							