

# UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA



**Facultad de Psicología**

Tesina de Licenciatura en Psicología:

Bienestar Psicológico y Burnout en  
profesionales de la salud que trabajan  
con pacientes en rehabilitación.

Alumna: María Paula Ramos.

Director: Lic. Marcelo Ahumada

Mendoza 2012

## **HOJA DE EVALUACION**

**Tribunal:**

**Presidente:**

**Vocal:**

**Vocal:**

**Profesor invitado: Lic. Marcelo Ahumada.**

### **Agradecimientos:**

A mis padres Marisú y Eduardo por brindarme todo su amor y comprensión, por darme todas las condiciones necesarias para llevar a cabo mi carrera, por apoyarme en cada paso y decisión tomados y estimularme para continuar, desde el comienzo, en cada logro y en todas mis frustraciones, a lo largo de toda mi vida.

A mis hermanos Nahuel y María José por la paciencia y tolerancia; y por creer en mí siempre.

A mi novio Ramiro por su amor incondicional, por brindarme su apoyo y fortaleza, por confiar y creer en mí en cada objetivo propuesto y por haber sostenido mi mano cada vez lo que lo necesité.

A mi amiga del corazón y compañera de estudio Julieta, por haber hecho este camino más divertido compartiéndolo juntas, llenándonos de alegrías, penas y muchos nervios.

A mi amiga y hermana del alma Antonella por haber compartido gran parte de nuestras vidas y momentos inolvidables juntas, por creer en mí en cada etapa de mi carrera

A mis amigas Tere, Dani, Ale, Romi, ambas Flores, Cata y Cande por estar siempre en mi vida y alegrarse de mis logros.

A todos los profesionales que aceptaron participar en este estudio y permitir que esto sea posible.

A mi director de tesis Marcelo por su sostén y apoyo en esta etapa; y por brindarme sus conocimientos.

## **RESUMEN:**

El presente trabajo de investigación tiene por como objetivo estudiar los niveles de Bienestar Psicológico y Burnout, y posteriormente, la relación entre estos dos constructos y variables sociodemográficas en una muestra de 31 profesionales de la salud que trabajan con pacientes en rehabilitación en instituciones de Mendoza.

Los individuos fueron evaluados con un tipo de estudio correlacional de corte transversal y enfoque cuantitativo, en el cual se aplicó la escala BIEPS-A (Casullo, 2002) para medir el nivel de Bienestar Psicológico y el Malasch Burnout Inventory (MBI Malasch y Jackson, 1986) para la detección del síndrome de Burnout a través de las dimensiones Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

Los resultados señalan un nivel medio de Bienestar Psicológico en el total de la muestra; y la no existencia del síndrome de Burnout. Sin embargo se detectaron diferencias de acuerdo al género, en dónde los hombres presentan más despersonalización y menos realización personal que las mujeres, aunque éstas se observaron mayormente cansadas emocionalmente.

## **ABSTRACT:**

The present research is aimed at studying the levels of psychological wellbeing and Burnout, and subsequently, the relationship between these two constructs and sociodemographic variables in a sample of 31 health professionals working with patients in rehabilitation institutions Mendoza.

The subjects were evaluated with a type of cross-sectional correlational study and quantitative approach, in which the scale was applied BIEPS-A (Casullo, 2002) to measure the level of psychological wellbeing and the Malasch Burnout Inventory (MBI Malasch and Jackson, 1986) for detection Burnout by emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment.

The results indicate an average level of psychological wellbeing in the total sample, and nonexistence Burnout. However differences were detected by gender, where men have more depersonalization and personal accomplishment less than women, although they were seen mostly emotionally tired.

# ÍNDICE

|  |           |
|--|-----------|
| Portada.....   | 1         |
| Título.....  | 2         |
| Hoja de evaluación.....  | 3         |
| Agradecimientos.....   | 4         |
| Resumen.....   | 5         |
| Índice.....  | 6         |
| Introducción.....  | 9         |
| <b>PARTE I MARCO TEÓRICO.....</b>  | <b>12</b> |
| <b>CAPÍTULO I</b>  |           |
| Psicología Positiva.....   | 13        |
| 1. Historia de la Psicología Positiva.....                               | 14        |
| 2. Concepto de Psicología Positiva.....                                  | 18        |
| 3. Conceptos relacionados con Psicología Positiva .....                  | 18        |
| 3.1 Las emociones Positivas.....   | 18        |
| 3.2 Los Rasgos Positivos.....  | 20        |
| 3.3 Instituciones Positivas.....   | 21        |
| <b>CAPÍTULO II</b>   |           |
| Bienestar Psicológico.....   | 23        |
| 1. Antecedentes del Bienestar Psicológico.....                           | 24        |
| 2. Modelos teóricos del bienestar: Teorías universalistas.....           | 25        |
| 3. Conceptos relacionados con Bienestar Psicológico.....                 | 27        |
| 4. Componentes del Bienestar Psicológico.....                            | 29        |
| 5. Satisfacción Vital.....   | 31        |
| <b>CAPÍTULO III</b>  |           |
| Burnout.....   | 35        |
| 1. Definiciones de Burnout.....  | 36        |
| 2. ¿Qué es Burnout?.....   | 36        |
| 3. Síntomas de Burnout.....  | 38        |
| 4. Causas del burnout.....   | 39        |
| 5. Consecuencias del Burnout.....  | 41        |
| 6. Evolución del Burnout.....  | 42        |
| 7. Discriminación con otros constructos.....                             | 43        |
| <b>CAPÍTULO IV</b>   |           |
| Bienestar Psicológico y Burnout: relaciones entre ambos constructos..... | 46        |

|  |           |
|--|-----------|
| 1. Bienestar Psicológico y Burnout.....                                      | 47        |
| 1.1 Bienestar Psicológico en Niveles de clasificación Medio.....             | 47        |
| 1.2 Bienestar Psicológico y Diferencia de Género.....                        | 47        |
| 2. Burnout y Diferencia de Género.....                                       | 48        |
| 3. Bienestar Psicológico, su relación con la edad.....                       | 48        |
| 4. Burnout, su relación con la edad.....                                     | 48        |
| 5. Bienestar Psicológico y Burnout, su relación con las profesiones.....     | 49        |
| 6. Bienestar Psicológico y Burnout, su relación con el turno de trabajo..... | 49        |
| <br>   |           |
| <b>PARTE II PARTE PRÁCTICA.....</b>  | <b>50</b> |
| <b>CAPÍTULO IV</b>   |           |
| Aspectos metodológicos.....  | 51        |
| 1. Objetivo General.....   | 52        |
| 2. Objetivos Específicos.....  | 52        |
| 3. Hipótesis.....  | 52        |
| Metodología.....   | 53        |
| 1. Diseño de Investigación.....  | 53        |
| 2. Tipo de Muestra.....  | 53        |
| 3. Participantes.....  | 53        |
| 4. Instrumentos.....   | 54        |
| 4.1 MBI (Maslach Burnout Inventory) o Inventario Burnout.....                | 54        |
| 4.2 Escala BIEPS-A.....  | 55        |
| 5. Procedimiento.....  | 56        |
| 6. Análisis de datos.....  | 56        |
| <br>   |           |
| <b>CAPÍTULO VI</b>   |           |
| Presentación de Resultados.....  | 58        |
| Tabla 1: Puntajes medios de BIEPS-A y MBI.....                               | 58        |
| Tabla 2: Puntaje bruto y percentil del BIEPS-A.....                          | 58        |
| Tabla 3: Puntuaciones por género del MBI.....                                | 59        |
| Tabla 4: Correlaciones entre BIEPS-A y MBI.....                              | 59        |
| Tabla 5: Diferencias según el género en BP y MBI.....                        | 60        |
| Tabla 6: Análisis por ítem según género.....                                 | 61        |
| Tabla 7: Correlaciones entre BIEPS-A y MBI con edad de los profesionales.... | 62        |
| Tabla 8: Diferencias de puntajes según profesiones predominantes.....        | 63        |
| Tabla 9: Diferencias de puntajes según el turno de trabajo.....              | 64        |
| Tabla 10: Correlaciones entre horas de trabajo con BIEPS-A y MBI.....        | 65        |

**CAPITULO VII:**

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| Discusión de Resultados.....    | 66 |
| Conclusiones.....               | 73 |
| Referencias bibliográficas..... | 75 |
| Anexo.....                      | 78 |

## INTRODUCCIÓN

Durante muchos años la Psicología, siguiendo un modelo médico, se ha encargado de estudiar los aspectos enfermos de los sujetos. Desde hace unas décadas ha surgido un enfoque salutógeno, que intenta hacer hincapié en los aspectos saludables de los individuos. Este enfoque llamado Psicología Positiva ha desarrollado un éxito evidente, sobre todo, por el interés que ha despertado en académicos y profesionales por su potencial aplicación en una gran cantidad de ámbitos. Tras un periodo de escepticismo, y gracias a los relevantes hallazgos obtenidos en estudios tanto básicos como aplicados, los investigadores y los profesionales están prestando cada vez mayor atención a las fortalezas, recursos y potencialidades para el crecimiento como elementos básicos del funcionamiento psicológico, y como activos útiles para diseñar intervenciones eficaces. Las emociones y las experiencias positivas, el optimismo, la dedicación activa e intrínsecamente motivada son elementos que pueden aumentar la productividad en el trabajo, la salud, el rendimiento deportivo y el éxito académico. Analizar los recursos y las fortalezas de los individuos y alentar su desarrollo se ha convertido en el nuevo compromiso de empresas, entrenadores y educadores.

Desde esta perspectiva teórica se abordará la temática que llamo mi atención para la investigación: el Bienestar Psicológico.

En torno a la idea de bienestar humano fluyen una gran cantidad de conceptos que a veces se solapan entre sí. El rango de elementos que cubre lo que denominamos Bienestar psicológico ocupa desde estados de dicha transitorios hasta valoraciones o evaluaciones, relativamente abstractas, sobre el sentido de la propia vida (Casas, 1996, citado en Vázquez y Hervás 2009). El Bienestar Psicológico ha sido definido como un término general que incluye tanto elementos reflexivos o valorativos (por ejemplo: juicios globales de satisfacción con la vida o con parcelas específicas de ella) como reacciones y estados emocionales (p. ej: tristeza, gozo) experimentados en el curso cotidiano de nuestras vidas. (Vázquez y Hervás 2009).

El otro tema que abordará en la presente investigación es el Burnout, dicho síndrome presenta la sintomatología del estrés, de manera intensificada; y se manifiesta en las cuestiones relacionadas al trabajo.

En consecuencia el objetivo de esta investigación es conocer los niveles de Bienestar Psicológico y la existencia o no de Burnout en profesionales de la salud que trabajan con pacientes en rehabilitación.

Las inquietudes que me llevaron a realizar esta investigación surgieron a partir de un contacto con una institución de rehabilitación en la que observaba, en la mayoría de los profesionales, que al aumentar la cantidad de pacientes por cada uno de ellos, el trato, atención, optimismo, empatía y comprensión tendía a disminuir, y el estrés tendía a aumentar.

Sin embargo, cuando la cantidad de pacientes no los desbordaba demostraban cierta cuota de bienestar. Llamó mi atención cómo estas personas motivaban a sus pacientes cuando estaban desmotivados, les ayudaban a procesar de mejor manera su situación actual y los acompañaban en sus procesos de adaptación a una nueva situación física. Lo que permitía hacerle ver al paciente los recursos con los que contaba y por lo tanto, desarrollar mayor bienestar en el mismo. Bienestar que aparentemente generaban los trabajadores a partir de su propio bienestar.

Dicha investigación intentará dar lugar a que se adopte un enfoque global, en estos ámbitos de trabajo, de una perspectiva positiva de la psicología, haciendo énfasis en procesos psicológicos asociados con el funcionamiento del mismo como regulador, mediador, y motivador del bienestar, ya que estas personas suelen enfrentar diariamente el contacto constante con el sufrimiento, el deterioro y muerte de pacientes o de aquellos enfermos con los que se ha mantenido un vínculo especial.

Trabajar con personas en rehabilitación suele generar tanto en los trabajadores profesionales como en los no profesionales, una confrontación entre su capacidad para curar, para la que están técnicamente preparados, y la dificultad que tiene para cuidar, ayudar y apoyar al paciente por no haber sido entrenados para ello. Todo ello supone un trabajo personal y profesional constante en la búsqueda del equilibrio entre las demandas a las que se encuentran sometidos estos trabajadores y los recursos tanto internos como externos que se posean para hacerles frente.

Considero que, por las características que poseen estos pacientes, es importante que reciban una buena atención por profesionales que no estén estresados sino que se sientan satisfechos, realizados y optimistas con su labor y, en base a eso puedan trabajar con sus pacientes a partir de su propio Bienestar Psicológico y como mencioné anteriormente, desarrollen bienestar en sus pacientes

La presente investigación está estructurada en dos partes. La primera, el Marco Teórico, brindará el sostén conceptual necesario para el estudio de los temas planteados. La segunda parte será la Parte Práctica.

Respecto al marco teórico se desarrollaran cuatro capítulos, el primero ha sido titulado *Psicología Positiva*, donde se hizo una breve reseña histórica, se describió el concepto, las emociones positivas, rasgos positivos e instituciones positivas. El segundo capítulo: *Bienestar Psicológico* presenta antecedentes históricos, modelos teóricos del bienestar, conceptos relacionados con la temática, componentes del bienestar y satisfacción vital. El tercer capítulo denominado: *Burnout* expone la definición del concepto, sus síntomas, las causas y consecuencias del mismo, su evolución y la discriminación con otros constructos. El cuarto

capítulo denominado: *Bienestar Psicológico y Burnout: relaciones entre ambos constructos* expone las investigaciones halladas, sobre Bienestar Psicológico y Burnout interrelacionadas con el presente trabajo de investigación.

En la Parte Práctica, se desarrolla el capítulo cinco, *Aspectos Metodológicos*, en el cual se describe el método de investigación, las características de los sujetos encuestados, los instrumentos utilizados, el procedimiento de recolección y análisis de datos. En el capítulo seis se realizó el *Análisis de los Resultados*. En el capítulo siete, se llevó a cabo la *Discusión de Resultados*. Por último, se presentan las *Conclusiones* del estudio.

PARTE I:  
MARCO TEÓRICO

CAPITULO I:  
Psicología Positiva

Considerando que la perspectiva teórica desde la que se abordará el tema de investigación será la Psicología Positiva, en este capítulo haremos una breve reseña sobre esta nueva rama de la psicología, la cual constituye el marco de referencia para el estudio del Bienestar Psicológico, pero antes es importante mencionar a la Psicología Laboral y Organizacional, justamente porque el estudio se lleva a cabo en ámbitos laborales e institucionales y el Burnout, otra de las variables del presente estudio, corresponde a dicha rama.

La Psicología del Trabajo y de las Organizaciones estudia al hombre en todas sus dimensiones: individual, social y laboral, intentando comprender y/o solucionar los problemas que se presentan en este contexto. Está orientada al estudio de la conducta del trabajo, la cual, generalmente, se da en el marco de una organización. Es una ciencia teórica, ya que estudia los distintos tipos de personalidades del trabajador, y práctica, es la psicología aplicada al trabajo. Ciencia cuyo objeto es el estudio del comportamiento humano en la situación de trabajo. Su finalidad es, no sólo aumentar la producción sino que el trabajo sea eficaz y, desarrollar la personalidad del sujeto.

#### 1. Historia de la Psicología Positiva:

Los años setenta fueron un período productivo para la fundación de la Psicología Positiva. En 1972, Alice Isen (citado en Vázquez y Hervás, 2009), investigó por primera vez el papel de las emociones positivas en la aparición de las conductas de ayuda a otros. En 1975, Mihaly Csikszentmihalyi (citado en Vázquez y Hervás, 2009), describió la experiencia óptima en un libro titulado *Más allá del aburrimiento y la ansiedad*. En el mismo año, un libro escrito por Edward Deci atraía la atención de los investigadores sobre otro concepto clave de la Psicología Positiva: la motivación intrínseca. En 1977, Alfred Bandura (citado en Vázquez y Hervás, 2009), establecía el concepto de autoeficacia, que ha encontrado aplicación en un gran número de áreas, desde la psicología del trabajo a la educación, desde la salud al deporte. La investigación sobre el estrés y el afrontamiento (Lazarus, 1966, citado en Vázquez y Hervás, 2009) estimuló el interés sobre las estrategias que las personas adoptamos para afrontar las situaciones estresantes y en los recursos que se ponen en marcha para superar dichas situaciones con éxito. Los avances posteriores de la Psicología Positiva provienen de estos trabajos pioneros que alentaron un cambio de paradigma, según el término acuñado por *Kuhn*, desde una Psicología dedicada a la compensación de debilidades y los déficits a una Psicología centrada en los recursos y las potencialidades humanas. En las décadas posteriores, un creciente número de investigadores dedicaron sus estudios a la cara positiva del comportamiento y el procesamiento psicológico, formalizando conceptos como optimismo, sentido de coherencia, construcción de

significados esperanza, emociones positivas, sabiduría, resiliencia y crecimiento postraumático. Actualmente, la investigación en Psicología Positiva está floreciendo enormemente, y los investigadores están intentando incluir estos conceptos clave en teorías más articuladas sobre el bienestar.

A finales del siglo XX se especifica con la Psicología Positiva lo que ha sido considerado como un nuevo paradigma de reflexión teórica y metodológica en psicología, la cual propone estudiar las dimensiones positivas o salugénicas del comportamiento humano (Casullo, 2000).

El progresivo proceso de cristalización había comenzado con la emergencia, en los años 80 del siglo XX, del concepto de promoción de la salud que constituirá el eje central del Enfoque Salugénico, el cual se venía gestando desde hacía varias décadas desde el campo de las ciencias sociales y de la salud. El Enfoque Salugénico viene a completar al modelo médico o enfoque patogénico que enfatiza la cura y la prevención de la enfermedad mental (Gancedo, 2008a; Seligman & Peterson, 2007, citado en Gancedo 2011).

Mariana Gancedo (2008, 15-16) plantea:

*En un primer momento la Psicología Positiva se presentó como una radical novedad. Calificativos tales como nueva ciencia o nuevo paradigma abundan en los primeros manifiestos. Hoy queda claro que simplemente se trata de una corriente inscripta en el enfoque salugénico de la psicología, el cual se venía gestando desde hace varias décadas, tanto desde las ciencias sociales en general como desde la psicología en particular. Este modelo, que hace énfasis en la promoción de la salud, aparece para completar el tradicional y hegemónico modelo médico que centra su interés en la resolución de los problemas o trastornos. (Gancedo, 2008b, p. 16).*

*Por otra parte, desde la promoción no se busca simplemente la evitación de la enfermedad sino fundamentalmente el incremento de la salud y el bienestar general. (Gancedo, 2008a, p.15).*

En rigor de verdad, y aunque no en forma explícita, la escuela psicológica que inaugura el enfoque salugénico en psicología fue la Psicología Humanística, al advertir las limitaciones del modelo médico y postular como su principal objetivo el estudio de las capacidades y potencialidades humanas. Entre los autores enrolados en esta corriente encontramos a Abraham Maslow, quien formuló el concepto de autorrealización, y a Carl Rogers y su teoría del funcionamiento óptimo de la personalidad. El término Psicología Positiva fue utilizado por primera vez por Maslow en el último capítulo de Motivación y Personalidad titulado: Hacia una Psicología Positiva. Precisamente allí el autor denuncia, desde la psicología humanística, el olvido del estudio de los aspectos positivos y de los talentos extraordinarios, anticipándose casi cincuenta años al discurso de inauguración presidencial de Seligman en la APA. (Gancedo, 2008a, p. 29, citado en Gancedo 2011)

También por la misma época Aaron Antonovsky desarrolla la orientación salugénica, en el campo de la sociología de la medicina, proponiendo considerar a la salud-enfermedad como extremos de un continuo y centrarse en el estudio de aquellos factores que promueven movimientos hacia el extremo favorable del mismo. En su teoría postuló como conceptos destacados el de sentido de coherencia y los recursos generalizados para resistir. (Casullo, 2000; Gancedo; 2008<sup>a</sup>, citado en Gancedo 2011).

En la misma línea de pensamiento, Vázquez y Hervás (2008, citado en Gancedo 2011), ya dentro de la Psicología Positiva, plantean una concepción positiva de la salud mental que transformaría el enfoque o punto de mira de las intervenciones clínicas en psicología, yendo más allá de la prevención de problemas:

*La salud mental implica un estado emocional positivo, y un modo de pensar compasivo sobre nosotros mismos y los demás, poseer expectativas de un futuro positivo y, en general, un modo adaptativo de interpretar la realidad. Pero también supone disponer de recursos para afrontar adversidades y, aún más importante, para desarrollarnos como seres humanos. Todo esto va más allá de lo que un enfoque basado en el déficit puede ofrecer. (Vázquez & Hervás, 2008, p. 22).*

En los albores del siglo XXI el Enfoque Salugénico en psicología, se concreta definitivamente con la Psicología Positiva que puede definirse como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas (Sheldon & King, 2001, citado en Gancedo 2011) o del funcionamiento psíquico óptimo (Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006, citado en Gancedo 2011).

A partir de todos estos antecedentes, hay consenso en que el surgimiento de esta corriente psicológica, tuvo lugar en el año 1998 cuando Martin Seligman en la toma de posesión de la presidencia de la Asociación Psicológica Americana (APA) como líder de la asociación profesional de Psicología más poderosa en el mundo, elaboró un objetivo pragmático para la Psicología del futuro y propuso el termino de Psicología Positiva para denominar esa idea (Vázquez, 2006). Básicamente la idea de ese movimiento es “(...) empezar a canalizar un cambio en el foco de la psicología de la preocupación por reparar las peores cosas de la vida para también construir cualidades positivas” (Seligman y Csikszentmihaly, 2000 citado en Vázquez y Hervás, 2009, 17). La idea básica es que la Psicología, pero también otras disciplinas afines, incorporen decididamente el estudio de lo positivo para una comprensión más cabal de la naturaleza humana.

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la psicología tenía tres misiones fundamentales: curar las enfermedades mentales, hacer la vida de las personas más productiva y reconfortante, e identificar y nutrir los talentos. Con posterioridad aparecieron dos eventos, ambos económicos, los cuales cambiaron el curso de los estudios psicológicos, especialmente en Estados Unidos:

por un lado, en 1946 se fundó la Administración de Veteranos y gran parte de los psicólogos consideró que podía ocuparse laboralmente en el tratamiento de las enfermedades mentales. Por otro, en 1947, se fundó el Instituto Nacional de Salud Mental y los académicos estimaron que podrían obtener mayor cantidad de subsidios, si sus investigaciones se orientaban al estudio de la patología. Esta situación trajo aparejados beneficios, dado que se han realizado grandes avances en la comprensión de terapias de las enfermedades mentales. El lado negativo fue que las otras dos misiones fundamentales de la psicología (mejorar la calidad de vida de las personas y promover los talentos) quedaron abandonadas. El mensaje de la Psicología Positiva es el de recordar al campo que sufrió una deformación. La psicología no es sólo el estudio de la enfermedad, la debilidad y el daño; es también el estudio de la fortaleza y la virtud. (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, p. 6-7, citado en Gancedo 2011 )

Los autores reconocen que la promoción de las capacidades, fortalezas y virtudes redundan a su vez en la construcción de barreras contra la enfermedad mental:

*Los psicólogos han descubierto que hay potenciales humanos que actúan como amortiguadores contra la enfermedad mental: entre ellos, el coraje, el pensamiento sobre el futuro, el optimismo, la habilidad interpersonal, la fe, la ética en el trabajo, la esperanza, la honestidad, la perseverancia, la capacidad para fluir y la perspicacia, para nombrar algunos. Gran parte de la tarea de la prevención en este nuevo siglo será crear una ciencia del potencial humano cuya misión sea entender y aprender a apoyar estas virtudes en la gente joven. Es muy probable que construir manantiales amortiguadores sea la clave elemental para la prevención de los desórdenes clínicos. (Seligman & Peterson, 2007, p. 421).*

En líneas generales los valiosos aportes teóricos y empíricos de la Psicología Positiva han permitido que la psicología de nuestro siglo tome definitivamente como propio el amplio campo de la investigación y la promoción de los aspectos saludables del psiquismo. Sin embargo, como todo movimiento, presenta algunas debilidades que deberá superar para cumplir sus objetivos.

La Psicología Positiva carece de una teoría unificada y coherente de partida que guíe la investigación: los autores sostienen una actitud ateórica explícita en búsqueda de la objetividad ingenua del positivismo. Pero como todo investigador parte de un modelo o teoría previa lo que se observa, en realidad, es la superposición de paradigmas implícitos que nunca llegan a integrarse. Muchos de los postulados epistemológicos de la Psicología Positiva coinciden con las afirmaciones e hipótesis de la Psicología Humanística (Gancedo, 2006; Gancedo, 2008a).

Es importante mencionar la impronta del contexto socio-histórico-cultural en el que surge la Psicología Positiva, donde se destacan dos características centrales de la idiosincrasia norteamericana: el optimismo y el pragmatismo. Al respecto Bárbara Held (2002, citado en Vázquez y Hervás, 2009) sostiene que se podría hablar de una tiranía de la actitud positiva en

los Estados Unidos que llevaría nuevamente a una visión parcial del psiquismo humano: esta vez centrada sólo en los aspectos positivos.

Cualquier enfoque dicotómico oscurece un fenómeno que se presente como complejo: el hombre. En él conviven, subjetiva e intersubjetivamente, lo positivo y lo negativo. Desde este punto de vista, el desafío del nuevo movimiento pasaría por el estudio de los procesos que llevan a la integración positiva de elementos tanto positivos como negativos de la experiencia humana. (Gancedo, 2008a).

## 2. Concepto de Psicología Positiva:

La psicología positiva se define como el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene o reduce la incidencia de la psicopatología (Seligman 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, citado en Cosentino 2010). Es definida también como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales permiten adoptar una perspectiva más abierta respecto al potencial humano, sus motivaciones y capacidades (Sheldon & King, 2001, citado en Cosentino 2010), incluye también virtudes cívicas e institucionales que guían a los individuos a tomar responsabilidades sobre su comunidad y promueve características para ser un mejor ciudadano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, citado en Cosentino 2010).

## 3. Conceptos relacionados con Psicología Positiva:

A continuación se desarrollaran los tres conceptos que hacen a la Psicología Positiva: experiencias positivas, rasgos positivos e instituciones:

### 3.1 Las emociones positivas:

Existe una distinción entre los estados de ánimo y las emociones. Estas últimas generalmente tienen un objeto, hacen referencia a un evento significativo en la vida de una persona y son de corta duración en el tiempo. Mientras que los estados de ánimo no tienen objetos y tienen un período de duración mayor.

Ya hemos mencionado la dedicación al estudio de las emociones negativas, ligadas a la enfermedad y a los problemas que la psicología hizo durante años; y en estos últimos, la importancia que le ha consagrado a obtener mayores conocimientos sobre emociones positivas. Se considera que las emociones negativas fueron las encargadas de que el hombre pudiera adaptarse al ambiente, y lograra la supervivencia, por ello se le ha dado un mayor nivel de importancia al estudio de este tipo de emociones.

Barbara Fredrickson (2001, en Vázquez y Hervás, 2009) para explicar los efectos de las emociones positivas, propuso la “teoría de la ampliación y construcción”. Según ella, las emociones positivas han sido ignoradas desde los albores del estudio científico de las emociones, comenzando por el propio Darwin. Este olvido se ha producido porque las emociones negativas: a) son más fáciles de identificar (están ligadas a componentes expresivos faciales y a patrones específicos de activación fisiológica); b) están presentes en el lenguaje natural (Avia y Vázquez, 1998), y c) están ligadas a un impulso para actuar según un patrón de acción relativamente cerrado y estereotipado.

Lo que plantea esta teoría es que ciertas emociones específicas positivas tales como: júbilo, contento, interés, orgullo, amor, entre otras, permiten ampliar los repertorios de pensamiento y acción de la gente. Es decir, bajo esos estados, el pensamiento y los repertorios de conducta se vuelven más creativos y más abiertos. Las emociones negativas son muy útiles justamente por lo contrario: en situaciones extremas activan componentes psicofisiológicos muy específicos (sudoración y dilatación pupilar) y ayudan a poner en marcha conductas bastante automáticas y estereotipadas (salir corriendo ante un pitbull que se nos aproxima ladrando). Pero la diversidad y la complejidad de situaciones que tienen que afrontar los organismos más evolucionados probablemente requieren un pensamiento y una acción más abiertos, más complejos y menos previsibles, que fundamentalmente, según esta teoría, alimentan los estados de ánimo más positivos. Además las emociones positivas, aunque igualmente el placer y los estados de ánimo positivos, también tendrían efectos motivacionales en el comportamiento tan sutiles como importantes. Aunque para algunos, las emociones positivas tienen la peculiaridad de que conducen a “hacer nada”, pues indican que las cosas marchan bien y no hay que “tocarlas”, es probable que este elemento de pasividad no sea tal y que en realidad las emociones y estados de ánimo placenteros favorecen conductas de exploración, dedicación y perseverancia (Fredrickson, 2006, citado en Vázquez y Hervás 2009).

El segundo elemento importante de la teoría es que estas emociones permiten de ese modo construir recursos duraderos personales, ya sean de tipo físico, intelectual, psicológico o social, y estos recursos son los que finalmente incrementan el bienestar psicológico. La autora afirma, “mediante experiencias de emociones positivas, por lo tanto, la gente se transforma a sí misma, y se convierte en individuos más creativos, conocedores, resistentes, integrados socialmente y sanos” (Fredrickson, 2006, p.90 citado en Vázquez y Hervás 2009)

Otro beneficio que brindan las emociones positivas es que amortiguan los efectos de las emociones negativas, lo cual es fundamental para el bienestar psicológico.

Seligman (2005, citado en Vázquez y Hervás 2009) realiza una distinción entre alcanzar la experimentación de emociones positivas a través de las fortalezas y capacidades de la

persona, y las emociones positivas que se derivan de actividades ajenas al carácter, éstas últimas provocan falta de autenticidad, depresión y no hay un verdadero sentimiento positivo en ellas. Lo vemos fácilmente cuando pensamos en aquellas personas que han obtenido grandes riquezas pero aún así no han alcanzado el bienestar, ya que la sociedad ha inventado supuestas formulas para ser feliz, que muchas veces se alejan de lo que realmente le podría brindar felicidad a las personas, pensemos en el ejemplo de alguien que tiene dinero y cree sentir un auténtico bienestar cuando va de compras.

Seligman (2005, citado en Vázquez y Hervás 2009) sostiene que a partir de la puesta en práctica de nuestras fortalezas y capacidades surgen las verdaderas y genuinas emociones positivas. Por lo tanto para poder comprender el bienestar también necesitamos conocer acerca de los rasgos positivos.

### 3.2 Los Rasgos Positivos:

Allport fue un gran propulsor de la psicología de la personalidad, desde sus comienzos destacó la importancia de diferenciar los términos personalidad de carácter, él consideraba que la psicología no debía ocuparse de temas concernientes al carácter, porque para Allport el carácter era una categoría moral que hacía referencia a uno mismo desde una perspectiva ética, en tanto que personalidad hacía referencia a uno mismo en forma objetiva. (Nicholson, 1998, citado en Cosentino, 2010, 111). Por ello consideraba que se debía eliminar el término carácter, dentro de la psicología ya que hacía referencia a un concepto puramente valorativo.

La psicología de la personalidad se aleja del léxico del carácter moral para describir la individualidad humana. Pero este alejamiento conlleva a que se dejen de lado el estudio de virtudes humanas tradicionales como la sabiduría, la humildad, el perdón, etc.

Esta distancia entre psicología y carácter produjo que lo bueno y lo malo estuvieran ligados solamente a concepciones psicopatológicas, y se dejó de lado el estudio en relación al carácter moral del sujeto.

Con la aparición de la Psicología Positiva a fines del siglo XX, surge un nuevo interés por estudiar estos aspectos del sujeto que la psicología había dejado de lado por considerarlos poco objetivos.

Desde la Psicología Positiva se considera que el carácter moral es un conjunto de rasgos positivos bien desarrollados, esenciales para la comprensión del buen vivir psicológico. (Cosentino, 2010, 115)

Seligman y Peterson (2004, citado en Cosentino, 2010) elaboraron un listado de rasgos positivos. El mismo está conformado por seis virtudes, a cada virtud le corresponden determinadas fortalezas humanas.

Se conceptualiza a las virtudes como los componentes más abstractos, valorados por pensadores religiosos y filósofos morales. En un nivel de abstracción menor se encuentran las fortalezas de carácter, que son los ingredientes que definen a las virtudes, o las vías distinguibles por las cuales se muestra una u otra virtud. (Cosentino, 2010).

Seligman (2005, citado en Cosentino 2010), propone algunos criterios que permiten saber cuándo una característica de una persona es una fortaleza. El primero es que la fortaleza, es un rasgo, es decir una característica psicológica que se mantiene en el tiempo y se presenta en diferentes situaciones.

El segundo criterio es que la fortaleza debe ser valorada por sí misma, a menudo sus consecuencias son positivas, pero a veces pueden no aparecer beneficios obvios.

Tercero, la demostración de una fortaleza por parte de un sujeto no perjudica, ni daña a las personas de su entorno. Por el contrario, los espectadores suelen sentirse inspirados a realizar acciones o actos similares, ya que poner en práctica una fortaleza provoca emociones positivas auténticas, en quien realiza la acción: orgullo, satisfacción, júbilo, armonía o realización personal (Seligman, 2005, 208, citado en Cosentino 2010)

### 3.3 Instituciones Positivas:

Son el tercer pilar de la psicología positiva, (recordemos que los anteriores son: emociones positivas y rasgos positivos), es el área en la que menos se ha avanzado a nivel de investigación y desarrollos teóricos. Sin embargo, haré una pequeña reseña acerca de este último pilar.

A pesar de que se han hecho pocos avances en este tema, fácilmente podemos ver la importancia de estudiar las instituciones positivas, pues el desarrollo del hombre se da en diversas instituciones.

Se considera que las instituciones positivas son aquellas que facilitan el desarrollo de las emociones positivas y fortalezas del ser humano, promoviendo y conformando la salud psíquica de las personas que pertenecen a dicha institución. Ejemplo de ellas serían: la democracia, las libertades individuales, las empresas, las familias integradas.

Se han realizado conceptualizaciones acerca de una Psicología Organizacional Positiva, en relación a la gestión de los recursos humanos en el trabajo, basándose en la satisfacción laboral de los trabajadores, confianza y justicia en la organización, etc.

Esta investigación intenta, entre otras cosas, detectar la existencia de bienestar psicológico de los profesionales de la salud en instituciones de rehabilitación. Dar cuenta si estas instituciones, en las que están insertos los pacientes, favorecen a que se incremente, facilite o establezcan recursos que permitan desarrollar bienestar psicológico en sus trabajadores, para que posteriormente éstos puedan desarrollar bienestar en sus pacientes.

# CAPÍTULO II: BIENESTAR PSICOLÓGICO

El presente capítulo tiene como objetivo la comprensión del concepto de bienestar psicológico, haciendo un recorrido histórico del mismo, e intentando dar un panorama general de la temática.

¿De qué sirve preguntarnos cotidianamente por nuestro bienestar? Si fuese una tarea inútil, posiblemente no ocuparía apenas espacio en nuestras ideas y nuestros planes de vida. Quizá la función más evidente es que disponer de un “sensor del bienestar” (parafraseando la propuesta de sensores o “marcadores somáticos” de Damasio, 1996) nos facilita regular y dirigir nuestra conducta, tanto en las pequeñas cosas cotidianas como en asuntos y planes de más largo alcance, nos permite detectar si estamos contentos, satisfechos, cómodos o felices, y de este modo actuar como un mecanismo autorregulador (Hervás y Vázquez, 2006). De esta capacidad de análisis dependerá que iniciemos cambios de conducta (cambiar de postura en la silla, salir a dar una vuelta, o pedir el divorcio) y que evaluemos positiva o negativamente nuestro estado actual o incluso nuestra vida en su totalidad. Investigar sobre la felicidad humana es una tarea social y políticamente responsable en la que hemos de comprometernos quienes creemos que el bienestar humano es una de las metas éticas fundamentales de nuestros afanes personales y profesionales.

### 1. Antecedentes del Bienestar Psicológico:

El concepto de felicidad es tan abierto y polisémico que no es muy apropiado como objeto de indagación científica. Por eso resulta preferible el uso de equivalentes más precisos y menos controvertidos como, por ejemplo, bienestar psicológico o bienestar subjetivo, y efectuar el análisis de algunos componentes (estado de ánimo, emociones, juicios sobre satisfacción, etc.) que ya tienen una larga tradición en el estudio empírico del bienestar:

En primer lugar, es a mediados del siglo XX cuando comenzó a cristalizar un creciente interés por el análisis científico del bienestar (Seligman, 1998, citado en Vázquez y Hervás, 2009). Después de la II Guerra Mundial, algunos estados se propusieron decididamente impulsar políticas que favorecieran el bienestar de sus ciudadanos. Surge desde los países nórdicos un movimiento que se irradia hacia el sur, el denominado Estado de Bienestar. Una decidida preocupación del Estado desde ese momento y hasta ahora, es procurar alcanzar la máxima del mayor bienestar posible para el máximo de ciudadanos.

En segundo lugar, los avances de la Medicina desde mediados del siglo pasado hicieron reducir espectacularmente la mortalidad y aumentar la esperanza de vida de la población. Desde la década de 1980, un objetivo específico de la medicina consistía no sólo en reducir las enfermedades, sino también en aumentar la calidad de vida de los pacientes y de la población en general.

En tercer lugar, desde el ámbito sociológico, también comenzó a crecer el interés por sondear el bienestar de los ciudadanos y desde la década de 1970 han proliferado encuestas y sondeos para evaluar y cuantificar el estado de bienestar de la población.

El interés por el estudio sobre el bienestar ha llegado tarde a la Psicología, no ha habido esfuerzos pragmáticos por incorporar el estudio científico del bienestar y sus condicionantes hasta muy recientemente.

## **2. Modelos teóricos del Bienestar: Teorías universalistas**

Este grupo de teorías son también llamadas teorías télicas (Diener, 1984, citado en Castro Solano 2009), y proponen que la satisfacción se alcanza con el logro de ciertos objetivos o cuando se han satisfecho ciertas necesidades básicas. Dado que las necesidades están moderadas por el aprendizaje, el ciclo vital y los factores emocionales, solo para nombrar algunos, el logro del bienestar resultará de alcanzar diferentes objetivos, para diferentes personas, en diferentes etapas de la vida (Diener y Larsen, 1991). Estas necesidades pueden ser de corte universal, como las propuestas por Maslow, o pueden estar basadas en las más íntimas necesidades psicológicas personales, como las planteadas por Murray.

Ryan, Sheldon, Kasser y Deci (1996, citado en Castro Solano 2009), postulan tres necesidades básicas universales (autonomía, competencia y relaciones) y consideran que en la medida en que las personas cubran esas necesidades estarán más satisfechas. La idea básica del modelo es que la satisfacción de necesidades más intrínsecas (por ejemplo, crecimiento personal, autonomía, etc.) trae aparejado un mayor bienestar psicológico. Las personas más felices son aquellas que tienen metas vitales más intrínsecas, con mayor coherencia y que otorgan mayor significado personal.

Ryff (1989, citado en Castro Solano 2009), critica los estudios clásicos sobre satisfacción diciendo que en general se ha considerado el bienestar psicológico como la ausencia de malestar o de trastornos psicológicos, ignorando las teorías sobre la autorrealización, el ciclo vital, el funcionamiento mental óptimo y el significado vital. La autora plantea serias dudas sobre la unidimensionalidad del constructo bienestar psicológico, señalando su multidimensionalidad (Ryff y Keyes, 1995, citado en Castro Solano 2009). Clásicamente, el bienestar psicológico fue identificado con la emocionalidad positiva y la ausencia de emociones negativas. Una persona se siente feliz o satisfecha con la vida si experimenta durante más tiempo y en mayor frecuencia, mayor cantidad de afecto positivo. Implícitamente el bienestar está identificado con los afectos o la personalidad (Schumutte y Ryff, 1997, citado en Castro Solano 2009). Los rasgos de personalidad básicos hacen alusión a la emocionalidad positiva como característica estable de la personalidad de allí que resulte extraño que el bienestar esté correlacionado negativamente con el neuroticismo, según aseveran los teóricos de los cinco factores.

El estudio del bienestar debe tomar en cuenta la autoaceptación de sí mismo (Maslow, 1968, citado en Castro Solano 2009), un sentido de propósitos o significado vital (Buhler, 1935), el sentido de crecimiento personal o compromiso (Erikson, 1959, citado en Castro Solano 2009) y el establecimiento de buenos vínculos personales. El bienestar es un constructo mucho más amplio que la simple estabilidad de los afectos positivos a lo largo del tiempo, denominado por la sabiduría popular como felicidad (Schmutte y Ryff, 1997, citado en Castro Solano 2009).

El bienestar psicológico es una dimensión fundamentalmente evaluativa que tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. Ryff ofrece una interesante perspectiva uniendo las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital. Para la autora, el bienestar tiene variaciones importantes según la edad, el sexo y la cultura. Pudo verificar en diferentes estudios que el bienestar psicológico está compuesto por seis dimensiones bien diferenciadas: 1) una apreciación positiva de sí mismo; 2) la capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida; 3) la alta calidad de los vínculos personales; 4) la creencia de que la vida tiene propósito y significado; 5) el sentimiento de que se va creciendo y desarrollándose a lo largo de la vida y 6) el sentido de autodeterminación. Se pudo verificar mediante técnicas de análisis factorial confirmatorio, en población general norteamericana, la existencia de estas seis dimensiones del bienestar (Ryff y Keyes, 1995, citado en Castro Solano 2009).

Existe una importante cantidad de evidencia empírica que señala que las prioridades que tienen las personas están en gran medida relacionadas con el bienestar que experimentan, y estas prioridades están a su vez determinadas por los objetivos vitales en el corto, mediano y largo plazo. Según algunos autores, la estructuración de determinados objetivos de vida, por tanto, serían los responsables del mantenimiento del bienestar en el largo plazo (Emmons, Cheung, Tehrani, 1998, citado en Castro Solano 2009).

Diener (1994, citado en Britos y Estigarribia 2010), sostiene que existen tres características que definen el bienestar psicológico: subjetividad, presencia de indicadores positivos y de factores negativos, y una valoración global de la vida. Un alto bienestar depende de una percepción positiva de la vida que perdura a lo largo del tiempo, y el bajo bienestar psicológico depende del desajuste entre expectativas y logros.

Algunos autores piensan que tanto necesidades como objetivos difieren en tanto tengan cierta significación dentro del proyecto vital de una persona (Chekola, 1997, citado en Castro Solano 2009). A su vez, es posible diferenciar entre objetivos en el corto plazo y en el largo plazo. El logro de objetivos en el corto plazo se estima que tiene diferente significación, respecto del logro de objetivos vitales de una persona a lo largo de su vida. Más aún, los diferentes objetivos vitales entrarán en conflicto unos con otros de acuerdo a la significación global dentro del plan vital de una persona.

El éxito de las personas para alcanzar sus metas depende en gran medida de las estrategias utilizadas y de cómo pueden afrontar los inconvenientes que les plantea el ambiente. Al mismo tiempo, no todas las estrategias son igualmente útiles para todas las personas y para todos los ambientes (Cantor, 1994; Cantor et al., 1987; Norem y Cantor, 1986, citado en Castro Solano 2009).

Diferentes autores han trabajado el bienestar desde la perspectiva de los objetivos vitales para la explicación del bienestar con metodologías propias (Cantor, 1994; Emmons, 1998; Klinger, 1997; Palys y Little, 1983, citado en Castro Solano 2009).

### 3. Conceptos relacionados con Bienestar Psicológico:

En torno a la idea de bienestar humano fluyen una gran cantidad de conceptos que a veces se solapan entre sí. El rango de elementos que cubre lo que denominamos Bienestar Psicológico ocupa desde estados de dicha transitorios hasta valoraciones o evaluaciones, relativamente abstractas, sobre el sentido de la propia vida (Casas, 1996, citado en Vázquez y Hervás 2009). Por lo tanto el concepto de Bienestar Psicológico incluye tanto elementos relacionados con el ámbito afectivo como con el evaluativo aunque desde un punto de vista teórico son componentes con relaciones mutuas muy complejas (Power y Dalglish, 1997, citado en Vázquez y Hervás 2009).

- **Felicidad:** Es un término general y muy extendido. Dada su ambigüedad, desde un punto de vista científico puede ser mejor hacer referencia a términos más precisos (p. ej: bienestar psicológico) que generalmente quedan englobados, y difuminados, bajo la categoría excesivamente amplia de la “felicidad”.
- **Bienestar Psicológico o Bienestar Subjetivo:** Término general que incluye tanto elementos reflexivos o valorativos (por ejemplo: juicios globales de satisfacción con la vida o con parcelas específicas de ella) como reacciones y estados emocionales (p. ej: tristeza, gozo) experimentados en el curso cotidiano de nuestras vidas.
- **Satisfacción con la vida:** Representan un juicio sobre cómo se considera la propia vida en su totalidad. Es una medida fundamentalmente cognitiva o evaluativa. Pueden hacer referencia a un juicio a “la vida” desde el nacimiento, o bien a un punto temporal específico. Muchos estudios transculturales utilizan este tipo de indicador para hacer comparaciones de “satisfacción vital” entre países.
- **Áreas de satisfacción:** Además de la satisfacción con la vida, se pueden utilizar medidas específicas sobre la satisfacción en diversos dominios (salud, relaciones sociales, ocio, familia, instituciones, etc.) pues no tienen porqué coincidir en su valoración. Se pueden valorar aspectos como el nivel de satisfacción, pero también se puede evaluar si se ajusta el

nivel de funcionamiento a su ideal, si desean cambiar aspectos específicos de su vida en esas áreas, etc.

- **Afecto Positivo:** Incluye estados de ánimo y emociones diversas con un contenido subjetivo agradable (alegría, cariño, gozo, interés por las cosas o asombro ante algo positivo). Forman parte del bienestar psicológico, pues reflejan reacciones ante condiciones o sucesos que informan positivamente sobre la marcha de la vida. Las diferentes clasificaciones sobre los estados anímicos y el afecto positivo incluyen estados de bajo activación (por ej.: sentirse contento), activación moderada (por ej.: placer) y activación elevada (por ej.: euforia). También pueden clasificarse en función de si constituyen reacciones positivas ante los demás (por ej.: cariño), ante determinadas actividades (por ej.: interés, dedicación) o de reacciones o de estados de ánimo positivos generales (por ej.: alegría).
- **Afecto Negativo:** Incluye emociones y estados de ánimo con un contenido subjetivo desagradable (ira, tristeza, ansiedad, preocupación, culpa, vergüenza, envidia, celos, etc.) y expresan reacciones negativas de la gente ante sus vidas, otras personas o circunstancias. A pesar de cumplir una función importante, una intensidad, duración o frecuencia elevadas pueden ser una señal de que la vida no marcha bien y comprometer el bienestar y el funcionamiento de las personas.
- **Placer:** Estado subjetivo agradable (por ej.: saciación de sed, saboreo de comidas, gratificación sexual) que normalmente produce una recompensa automática y que suele corregir una necesidad del organismo (por ej.: sed, frío, deseo sexual, etc.). Con frecuencia se acompaña de emociones positivas (por ej.: sexo y amor hacia la otra persona).
- **Emociones positivas:** Tendencias de respuesta con múltiples componentes (por ej.: experiencia subjetiva placentera, expresión facial, cambios fisiológicos) que suelen desarrollarse durante una ventana temporal limitada. Casi siempre incluyen algún tipo de valoración, conciente o no, de algún suceso antecedente, lo que desencadena esa serie de componentes que son bastante efímeros.
- **Estados de ánimo positivo:** A diferencia de las emociones, son menos transitorios y menos intensos (carecen de componentes experienciales y psicofisiológicos marcados) y no suelen estar ligados a ninguna circunstancia concreta con significado personal, sino que están más incorporados a la experiencia rutinaria y configuran una especie de telón de fondo afectivo de nuestra vida cotidiana.
- **Calidad de vida:** Es un término más cercano a la Economía y a la Medicina. Hace referencia al grado en que una persona considera su vida como deseable o no y habitualmente se emplea en estudios que hacen referencia a condiciones externas (vivienda, ingresos económicos, acceso a infraestructuras, urbanismo, salud, etc.). No obstante, con

frecuencia los indicadores y las medidas modernas de calidad de vida también suelen incluir aspectos psicológicos (percepción de las condiciones de vida, satisfacción vital, etc.) (Diener, 2006; Fredrickson, 2006, citado en Vázquez y Hervás 2009)

Cuando preguntamos a alguien “¿Se siente satisfecho en general, con su vida?”, estamos reclamando un juicio y para ello es necesario abstraerse en la medida de lo posible del estado emocional del momento. Para estos juicios más globales (también pertenecientes al ámbito del Bienestar Psicológico), empleamos esquemas cognitivos, evaluaciones relativamente abstractas, y juicios a veces complejos en los que, a menudo, introducimos sistemas de comparación con nuestros semejantes (Kahneman, Krueger, Schkade et al., 2006, citado en Vázquez y Hervás 2009 ). Lo relevante para el estudio científico del Bienestar Psicológico es que esta valoración cognitiva puede ser relativamente independiente de vivencias afectivas de la persona: se puede tener una enfermedad o una discapacidad graves, con una reducción sustancial en elementos placenteros cotidianos y a pesar de ello creer que su vida merece la pena (Wortman y Silver, 2001, citado en Vázquez y Hervás 2009). Así pues, el afecto y la cognición, aunque entrelazados de un modo muy complejo, son dos componentes diferenciados del Bienestar Psicológico.

#### 4. Componentes del Bienestar Psicológico:

La investigación en las últimas décadas ha ayudado a decantar algunos componentes básicos que consideramos intrínsecamente unidos al concepto de bienestar psicológico (Diener et al., 2003, citado en Vázquez y Hervás 2009):

- 1) El afecto (positivo y negativo).
- 2) La satisfacción global con la vida.
- 3) La satisfacción específica en dominios o áreas concretas.

El afecto se entiende normalmente como las experiencias anímicas y emociones que experimentamos y que nos informan sobre la marcha de nuestras vidas. La positividad o la negatividad que conferimos al afecto tiene que ver con el tono hedónico (placentero o displacentero) de la experiencia y no tanto con el valor funcional que puedan tener. Todas las emociones tienen un valor adaptativo (Lazarus, 2003, citado en Vázquez y Hervás 2009) y calificarlas como “positivas” o “negativas” no tiene que ver con su propia naturaleza, sino con cómo son vividas por quienes las gozan o padecen. No se trata de que haya emociones buenas o malas, funcional o moralmente, sino del afecto asociado (positivo o negativo) que suelen conllevar.

El afecto refleja nuestra reacción ante casi cualquier experiencia o situación vital y constituye una de las plataformas sobre la que la gente efectúa sus valoraciones más globales

acerca de su bienestar (Kahneman, 1999, citado en Vázquez y Hervás 2009). El afecto incluye tanto reacciones relativamente transitorias y ligadas a estados fisiológicos reconocibles (lo que llamamos emociones), como estados más difusos y permanentes que tiñen nuestra experiencia afectiva de modo continuo (los denominados estados de ánimo).

El bienestar es bifronte, como el Dios Janos: en este primer nivel viene dado no sólo por la ausencia de estas emociones negativas, sino también por la presencia de algún tipo de estado anímico positivo (dicha, gozo, interés, tranquilidad). Ambos elementos (ausencia de dolor y presencia de disfrute, un sentido muy general) son irrenunciables como ingredientes básicos constitutivos del bienestar psicológico. Los trabajos de Bradburn (1969, citado en Vázquez y Hervás 2009) fueron los primeros en demostrar claramente que la afectividad negativa y la positiva son elementos relativamente independientes y no sólo la cara de una misma moneda. Así pues, en la valoración conceptual y empírica del bienestar psicológico tenemos necesariamente que considerar de modo independiente esos dos componentes afectivos que configuran una especie del *ying* y el *yang* del bienestar.

Esta consideración más compleja del afecto tiene algunas implicaciones importantes. No sentirse mal en la vida no debería ser suficiente. Debemos tener metas más ambiciosas y tener un auténtico compromiso intelectual, moral y profesional con la promoción del bienestar en un sentido amplio.

La OMS en 1948 en su definición pionera de la salud mental propuso: “la salud es un estado completo de *bienestar* físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía”. Reducir el malestar e incrementar el bienestar son dos metas no necesariamente convergentes y para conseguirlas necesitaremos cada vez más instrumentos e intervenciones diferenciadas (Vázquez, Hervás y Ho, 2006; Vázquez y Hervás, 2008, citado en Vázquez y Hervás 2009) y en el caso de la Psicología, salvo excepciones, no ha habido un auténtico esfuerzo por dar respuesta a esta necesidad (Díaz, Blanco, Horcajo, Valle, 2007, citado en Vázquez y Hervás 2009)

Las emociones positivas son importantes porque, entre otras razones, son un buen indicador, junto con otros, de buen nivel de bienestar. El filósofo Schopenhauer pensaba que la alegría era la mayor divisa de la felicidad y el factor que más contribuye a ella:

*(...) lo que más directamente contribuye a nuestra felicidad es un humor jovial, porque esta buena cualidad encuentra inmediatamente su recompensa en sí misma... [Puede que] un hombre sea joven, hermoso, rico y considerado; para poder juzgar su felicidad, la cuestión es saber si, además, es alegre; ...si es alegre, entonces poco importa que sea joven o viejo, bien formado o contrahecho, pobre o rico: es feliz.*

*Schopenhauer, El arte del buen vivir, p.52*

No sólo el afecto positivo es un buen punto de partida o de anclaje para la felicidad (aunque como hemos dicho, su peso para determinar la satisfacción vital puede variar mucho de una persona a otra), sino que sentirse feliz también puede traer dicha y afectar de modo positivo a nuestra existencia cotidiana.

Un asunto teórico al que se le ha prestado mucha importancia es el de si las emociones positivas y las negativas son en realidad entidades o estructuras diferentes y relativamente independientes o si son los polos extremos de una misma dimensión. Por un lado, podemos pensar que distintos estados de ánimo y emociones (ira, sorpresa, tristeza, etc.) son categorías relativamente independientes entre sí con una serie de características distintivas entre las que se destaca particularmente su carácter motivacional o, en otras palabras, nos llevan a hacer algo (Ekman, 1999, citado en Vázquez y Hervás 2009). Resulta difícil definir con precisión un mapa relativamente claro y aceptado de emociones discretas y éste es un tema de gran controversia.

Los investigadores que han estudiado las emociones han adoptado una perspectiva dimensional. En parte, la justificación de esta perspectiva viene dada por el hecho de que es muy frecuente encontrar una semejanza entre emociones en una misma persona. De modo que no es nada infrecuente que emociones como la tristeza, la ansiedad o el miedo tiendan a aparecer en una misma persona, lo que sugiere procesos comunes a pesar de que puedan distinguirse como experiencias afectivas distintas. La mayor parte de la investigación sobre bienestar subjetivo ha adoptado esta perspectiva al distinguir entre dos emociones básicas: placer y activación. Este modelo ha permitido crear mapas emocionales en los que diferentes tipos de categoría emocionales individuales pueden situarse, de un modo más parsimonioso, en alguna coordenada de estos dos ejes (Russell y Carroll, 1999, citado en Vázquez y Hervás 2009). Desde este punto de vista dimensional, hace años que los investigadores han puesto de manifiesto la alta relación entre diferentes tipos de afecto positivo y extraversión, por un lado, y diferentes tipos de afecto negativo y neuroticismo (Diener, 2003, citado en Vázquez y Hervás 2009). No obstante, aún no está resuelto si el afecto positivo y el afecto negativo son dos polos de una misma dimensión o más bien categorías distintas.

Cualquier planteamiento teórico o epistemológico riguroso sobre la realidad de las emociones afronta el hecho de que la existencia humana sólo puede comprenderse desde la profunda e irreductible coexistencia de lo positivo y lo negativo. Sin embargo, por muchas razones, el estudio del ámbito más oscuro y doloroso del funcionamiento humano ha prevalecido y necesitamos realmente prestar más atención a la dicha, al disfrute y al bienestar (Seligman, 1998).

##### 5. Satisfacción Vital:

En la década de 1970 Andrews y Withey (1976, citado en Vázquez y Hervás 2009), incluyeron el concepto de satisfacción con la vida en la definición del bienestar psicológico. En

la misma época, Campbell (1976) sugirieron la conveniencia de explorar la satisfacción con áreas específicas (trabajo, matrimonio, etc.) para ofrecer un cuadro más acabado del bienestar de la gente.

A partir de la década siguiente se exploró en diversos países el grado de satisfacción vital de la gente. En general, los datos consistentemente revelan que la mayoría de la gente, en culturas y ámbitos muy diversos, se muestra feliz sin que las variables demográficas (sexo, raza, edad, nivel educativo), geográficas, o económicas tengan un gran peso explicativo (Diener y Suh, 2000; Myers, 2000, citado en Vázquez y Hervás 2009). Preguntar sobre la satisfacción vital global puede parecer difícil o incluso inapropiado (“¿Es usted feliz con su vida?”), pero sin duda es algo científicamente necesario y legítimo, además, el patrón de resultados hallados es muy consistente (Avia y Vázquez, 1998, citado en Vázquez y Hervás 2009) y ha contribuido a asentar las teorías actuales del bienestar psicológico.

Cuando se nos pide valorar nuestra satisfacción vital (habitualmente con cuestiones como “En general, empleando una escala de 0 a 10, ¿hasta qué punto está usted satisfecho o insatisfecho con su vida?”), las cosas son algo complejas. La mirada se vuelve no sólo a nuestras emociones, sino también hacia el exterior y hacia la comparación con otros (Cummins y Nistico, 2002; Kahneman et al., 2006, citado en Vázquez y Hervás 2009). En realidad estamos intentando responder de un modo relativo: satisfacción vital ¿en relación a qué? Responder a esto conlleva procesos complejos y esquemáticos (no basados en datos concretos sino en ideas o esquemas generales acerca de lo que deseamos en nuestras vidas, de cómo viven nuestros vecinos, de lo que creemos que hemos logrado, etc.). La medida de la satisfacción se ve además dificultada porque, a pesar de ser una pregunta muy general, su respuesta depende hasta cierto punto de elementos circunstanciales. Diener, Suh, Lucas et al. (1999, citado en Vázquez y Hervás 2009) concluyeron que:

*“Los valores del bienestar psicológico pueden cambiar dependiendo del tipo de escalas usadas, el orden de los ítems, el marco temporal de las preguntas, el estado de ánimo en el momento de la medida y otros factores situacionales” (p.278)*

Podría pensarse, como el viejo Arístipo, que la satisfacción vital es simplemente la resultante de una especie de resta algebraica de experiencias vitales positivas y negativas que son puestas en una balanza. Si bien no hay duda de que lo vivido afecta a nuestra valoración de la vida, ésta no queda sólo determinada por la cantidad o la intensidad de vivencias concretas. Hay diversos factores que influyen claramente en la visión retrospectiva de las cosas buenas y malas que nos suceden en la vida. Por ejemplo, el orden de los sucesos positivos y negativos es muy importante para valorar globalmente la experiencia. La mayoría de la gente prefiere una vida de calidad ascendente a una de calidad descendente aunque la suma de satisfacciones sea semejante (Avia y Vázquez, 1998, citado en Vázquez y Hervás 2009). Los juicios sobre el

pasado dependen también de si el momento álgido fue bueno o malo y de si la experiencia terminó bien o mal.

Daniel Kahneman (1999, citado en Vázquez y Hervás 2009) ha planteado que si bien los datos sobre satisfacción vital son importantes y relevantes en sí mismos, hay que intentar complementarlos con otros tipos de medida más objetivas o más cercanos a la experiencia y que, en definitiva, no estén tan teñidos por nuestras creencias, nuestros deseos, nuestras aspiraciones o nuestra memoria. El uso de diarios o de técnicas semejantes, mediante los que podemos efectuar un muestreo de la experiencia registrando emociones o conductas vividas momento a momento puede ofrecer datos más relevantes y menos sesgados que los de la satisfacción vital general para indagar sobre los factores que hacen sentir bien a la gente.

Efectos empíricamente demostrados de estados afectivos positivos (Avia y Vázquez 1998; Isen, 2001; Aspinwall, 2001; Fredrickson, 2001, 2006; Vázquez, Hervás y Ho, 2006):

- Favorecen la atracción, la simpatía y el apego de los demás.
- Hacen codificar y recuperar mejor recuerdos positivos.
- Amplían el campo visual y el foco atencional.
- Generan un pensamiento más flexible y creativo.
- Favorecen la búsqueda de información.
- Generan más repertorios de conducta.
- Permiten el cambio constructivo, no defensivo.
- Reducen la duda.
- El juicio hacia los demás y hacia uno mismo es más indulgente.
- Favorecen relaciones interpersonales e íntimas más satisfactorias.
- Se generan conductas altruistas.
- Favorecen la resistencia ante las adversidades.
- Favorecen reparar o contrarrestar estados de ánimo negativos.
- Asociados a mejor salud cardiovascular (menor tensión arterial, menor tasa cardiaca ambulatoria...).
- Permiten disfrutar más del trabajo.
- Permiten tolerar mejor el dolor físico.
- Mejoran el funcionamiento del sistema inmunitario.
- Probablemente incrementan la longevidad.
- Permiten percibir mejor las pequeñas recompensas diarias.

Para finalizar este capítulo sería importante destacar el tema de la invisibilidad de las emociones positivas en la historia de la ciencia, dado que es significativo por varias razones. Las emociones negativas suelen ser más coloreadas y más vívidas que las positivas, y esto ha

hecho que también para los estudiosos de las emociones humanas las negativas destacaran más y fueran un objeto casi inmediato de estudio. Este hecho puede tener interés para un historiador de la Ciencia, pero revela una cuestión de gran importancia práctica. Quizá nuestra propia mirada sobre nuestras emociones esté en cierto modo sesgada y tengamos más facilidad para hablar, identificar, percibir y sentir emociones negativas. Quizá esto ocurre porque nuestro estado anímico más frecuente sea positivo, de tal modo que el telón de fondo que suele dominar nuestra vida tenga una tonalidad anímica positiva y, probablemente por eso, no necesitamos poner palabras cuando nos sentimos bien ni remarcarlo de modo especial. En otras palabras, nuestro estado natural no es de una supuesta neutralidad, sino un estado más bien positivo (Charles et al., 2001 citado en Vázquez y Hervás 2009).

Quizá necesitamos una cierta educación sentimental para ayudarnos a reconocer, a apreciar y a saborear muchas de las situaciones placenteras que nos pasan desapercibidas quizá por su repetición. Enseñar estas habilidades de agradecimiento y reconocimiento de lo bueno están incluidas en algunos programas de intervención para la mejora del bienestar (Vázquez, Hervás y Ho, 2006) poniendo de manifiesto que nuestras vidas pueden mejorar mediante pequeños gestos cotidianos.

Conocer en profundidad las bases que están detrás del bienestar es un objetivo de enorme importancia no sólo porque puede permitir que cada vez haya más personas satisfechas, sino porque además el bienestar, la felicidad y las emociones positivas en general están asociadas a multitud de efectos beneficiosos, como una mejor salud, una mejor integración social, un mejor rendimiento laboral, o mayor tendencia al altruismo, entre otras. Es decir, comprendiendo y elevando la felicidad de las personas no sólo beneficiamos a los individuos, sino también mejoramos la sociedad en su conjunto.

# CAPÍTULO III: BURNOUT

El presente capítulo tiene como finalidad una descripción del concepto de Burnout desde lo general a lo particular, teniendo en cuenta variables, causas y consecuencias que puede tener el mencionado síndrome.

### 1. Definiciones de Burnout:

Para poder conceptualizar el síndrome de Burnout tomamos a diferentes autores con el objetivo de tener una visión más amplia a cerca de la temática.

#### 2. ¿Qué es Burnout?

El síndrome de Burnout es la intensificación de la sintomatología propia del estrés (Kyriacou y Sutcliffe, 1978, citado en Carlotto y Gobbi 2001) y se manifiesta como un fenómeno psicosocial vinculado a las cuestiones relacionadas al trabajo (Malach y Schaufeli, 1993, citado en Carlotto y Gobbi 2001).

El término fue mencionado por primera vez por Freudenberger en 1974, empleó el concepto de Burnout para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en una clínica de desintoxicación en Nueva York. Estos se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo. Por lo tanto, después de uno a tres años de labor, presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos. (Buendía & Ramos, 2001; Ramos, 1999; Buendía 1998; Mingote, 1998; Hombrados, 1997, citado en Martínez Pérez 2010).

Con posterioridad, (Maslach, 1976), lo dio a conocer en 1977 en una convención de la Asociación Americana de Psicólogos (APA), conceptualizó el síndrome de Burnout como el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores. El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales.

Desde los años ochenta, los estudios sobre el Burnout no han dejado de proliferar, pero es a fines de la década de los noventa cuando se logran acuerdos básicos sobre la conceptualización, análisis, técnicas e incluso programas de prevención.

La extensión del Burnout a otros ámbitos distintos de los asistenciales genera una gran polémica científica, ya iniciada en el mismo momento en que Maslach acuñó el término (1976) y propuso que sólo se aplicara a trabajadores insertos en el ámbito laboral que realizan su trabajo en contacto directo con personas en el seno de una organización.

Así, pues, Maslach y Jackson (1981, 1982) definen el Burnout como una manifestación caracterizado por cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) en el trato con clientes y

usuarios, y dificultad para el logro/realización personal (RP). A partir de estos componentes se elaboró el "Maslach Burnout Inventory" (MBI), cuyo objetivo era medir el Burnout personal en las áreas de servicios humanos, evaluando dichas dimensiones por medio de tres subescalas. Dicha técnica es una de las que se utilizará para llevar a cabo esta investigación.

Burke (1987, citado en Martínez Pérez 2010), explica el Burnout como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento (Ramos y Buendía, 2001).

Pines y Aronson (1988, citado en Martínez Pérez 2010), consideran que los síntomas del Burnout se pueden observar también en personas que no trabajan en el sector de asistencia social. El síndrome se manifiesta igualmente como un estado de agotamiento emocional, mental y físico, que incluye sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima. Dicho estado estaría causado por una implicación durante un tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente demandantes. Desde esta óptica, Pines y Aronson desarrollaron una escala de carácter unidimensional, distinguiendo tres aspectos: agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación. En el mismo sentido, Shirom (1989, citado en Martínez Pérez 2010), a través de una revisión de diversos estudios, concluye que el contenido del síndrome de Burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como "una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo" (Buendía y Ramos, 2001, pág. 122; Ramos, 1999, citado en Martínez Pérez 2010). A ello hay que sumar otros factores, como los culturales, ocupacionales, educacionales, individuales o de personalidad (De Las Cuevas, 1996, citado en Martínez Pérez 2010).

Gil-Monte y Peiró (1997, citado en Martínez Pérez 2010), definen el síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales.

Farber (2000, citado en Martínez Pérez 2010) lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, este autor señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout: 1) la presión de satisfacer las demandas de otros, 2) intensa competitividad, 3) deseo de obtener más dinero y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece.

En síntesis, actualmente se aplica el síndrome de Burnout a diversos grupos de profesionales que incluyen desde directivos hasta amas de casa, desde trabajadores en los ámbitos sociales hasta voluntarios de organizaciones del tercer sector; y se acepta que el síndrome es el resultado de un proceso en el que el sujeto se ve expuesto a una situación de

estrés crónico laboral y ante el que las estrategias de afrontamiento que utiliza no son eficaces. Es decir, que en el ámbito individual, los sujetos, en su esfuerzo por adaptarse y responder eficazmente a las demandas y presiones laborales, pueden llegar a esforzarse en exceso y de manera prolongada en el tiempo, lo que acarrea esa sensación que ellos describen como “estoy quemado”; mientras en el ámbito laboral, en que se producen la mayoría de los casos estudiados, cada día más por interés de las empresas e instituciones, la sensación de que el rendimiento es bajo y la organización falla conduce al deterioro en la calidad del servicio, absentismo laboral, alto número de rotaciones e incluso, abandono del puesto de trabajo.

### 3. Síntomas de Burnout:

Maslach y Schaufeli (1993, citado en Martínez Pérez 2010) mencionan una serie de síntomas:

- Predominan más los síntomas mentales o conductuales que los físicos. Entre los síntomas disfóricos se señalan, el cansancio mental o emocional, fatiga y depresión; siendo el principal el cansancio emocional.
- Se desencadena por una inadecuada adaptación al trabajo, que conlleva a una disminución del rendimiento laboral junto a la sensación de baja autoestima.

Los síntomas se manifiestan en personas que no sufrían ninguna psicopatología anteriormente. Se lo clasifica como un síndrome clínico-laboral.

El profesional que continuamente trabaja con personas en labores asistenciales va acumulando un estrés crónico que puede cansarlo emocionalmente y, finalmente, llevarle a una situación de estar agotado o *quemado* (Ramos, 1999). Sería un proceso continuo, que va surgiendo de manera paulatina y en el que existen una serie de síntomas asociados (Maslach 1977, 1982, citado en Buendía y Ramos 2001), estos son:

- a) Síntomas físicos: fatiga crónica, cefaleas, insomnio, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares.
- b) Síntomas conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas, conductas violentas, comportamiento de alto riesgo.
- c) Síntomas cognitivos-afectivos: distanciamiento afectivo, irritabilidad, recelos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, pesimismo, indecisión, inatención.

En el ambiente laboral los signos de aparición de desgaste profesional son (Pines y Maslach, 1978, citado en Baidal 2006):

- a) Falta de energía y entusiasmo.
- b) Descenso del interés por los usuarios, o, en este caso, pacientes.
- c) Alto ausentismo y deseos de dejar el trabajo por otra ocupación.

d) Percepción de falta de satisfacción en el trabajo: debido a la sobrecarga y sus tipos, condiciones de trabajo inadecuadas y diversas quejas, que se traducen en una reducción de la eficacia y calidad del desarrollo personal.

Cuando se dice que una persona padece de Burnout, por lo general, tanto dentro del ambiente de empresa como a nivel del público ordinario se entiende que ésta sufre de fatiga o está cansada; sin embargo, dicha comprensión tiende a hacerse en el lenguaje común, por lo que no se dimensiona el serio problema que se presenta.

En realidad, el padecimiento de Burnout es más que el cansancio habitual que puede ser reparado con unos días de descanso, y envuelve una serie de padecimientos a nivel psicológico, físico, social y también en relación con la empresa, lo que le da su connotación de síndrome.

A nivel psicosocial, genera deterioro en las relaciones interpersonales, depresión, cinismo, ansiedad, irritabilidad y dificultad de concentración. Es común el distanciamiento de otras personas y los problemas conductuales pueden progresar hacia conductas de alto riesgo (juegos de azar, comportamientos que exponen la propia salud y conductas orientadas al suicidio, entre otros). El cansancio del que se habla sucede a nivel emocional, a nivel de relación con otras personas y a nivel del propio sentimiento de autorrealización.

#### 4. Causas del Burnout:

Dada la amplia gama de consecuencias o síntomas de la condición, es difícil establecer un set único de causas para la enfermedad, sin embargo; los estudios en el campo de la salud y la psicología organizacional han encontrado algunos factores promotores del Burnout que merecen especial atención. A continuación se presentan los principales.

Como un primer agente de riesgo, el síndrome de Burnout está relacionado con actividades laborales que vinculan al trabajador y sus servicios directamente con clientes, en condiciones en las cuales el contacto con éstos es parte de la naturaleza del trabajo. Esto no significa que no pueda presentarse en otro tipo de labores, pero en general doctores, enfermeras, consultores, trabajadores sociales, maestros, vendedores puerta a puerta, encuestadores, oficiales de cobro y otros muchos oficios y profesiones tienen mayor riesgo de desarrollar, con el tiempo, la condición. Adicionalmente, suele caracterizarse por horarios de trabajo excesivos, altos niveles de exigencia (muchas veces valorados positivamente desde la óptica laboral) y donde tales características se han convertido en un hábito, generalmente inconsciente, en aras de cumplir las labores asignadas o los objetivos irrealistas impuestos.

El síndrome puede presentarse normalmente cuando se dan condiciones tanto a nivel de la persona (referentes a su tolerancia al estrés y a la frustración, etc.), como organizacionales (deficiencias en la definición del puesto, ambiente laboral, otros).

En general, las condiciones anteriores se confabulan y pueden llegar a generar Burnout en situaciones de exceso de trabajo, desvalorización del puesto o del trabajo hecho, trabajos en los cuales prevalece confusión entre las expectativas y las prioridades, falta de seguridad laboral, así como exceso de compromiso en relación con las responsabilidades del trabajo (Albee, 2000). El estrés laboral es una base óptima para el desarrollo del Burnout, al cual se llega por medio de un proceso de acomodación psicológica entre el trabajador estresado y el trabajo estresante (Chermiss, 1980, citado en Martínez Pérez 2010). En este proceso se distinguen tres fases:

1. Fase de estrés: en la cual se da un desajuste entre las demandas laborales y los recursos del trabajador.
2. Fase de agotamiento: en la cual se dan respuestas crónicas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.
3. Fase de agotamiento defensivo: en la cual se aprecian cambios en la conducta del trabajador, tales como el cinismo, entre otras muchas de carácter nocivo.

A nivel cognitivo, se pueden distinguir como variables las siguientes:

- Existencia de factores organizacionales que dificultan la realización de la labor del trabajador, como ausencia sostenida de recursos.
- Nivel de alineamiento entre los objetivos y valores del trabajador con los de la organización. Si sostenidamente no se logran los objetivos, por ejemplo por ser éstos no realistas, se generan sentimientos de frustración en la persona que pueden ser el asidero para el desarrollo del síndrome.
- Falsas expectativas del trabajador no cumplidas en la realidad de la labor. Esta situación puede llevar a aumentar niveles de estrés y frustración para la persona, haciéndolo candidato al síndrome en etapas posteriores. La frustración puede ser mayor, entre mayor sea el nivel de motivación e identificación inicial del trabajador con la labor dada.
- Bajos niveles de desafío, autonomía, control y retroalimentación sobre resultados, así como apoyo social de compañeros que permitan finalmente desarrollar en el trabajador un sentimiento de éxito profesional y la noción de autoeficacia percibida.

Chermiss (1993, citado en Martínez Pérez 2010), sostiene que los trabajadores con niveles positivos de los factores previos, especialmente el de autoeficacia, experimentan menos estrés y por tanto son menos propensos a desarrollar el Burnout, pero bajos niveles de autoeficacia más bien fomentan el desarrollo de la condición.

La comparación con compañeros, la ausencia de apoyo de éstos en situaciones de estrés o incluso el miedo a la crítica o a ser tratados como incompetentes por parte de éstos ante la búsqueda de su apoyo por problemas de trabajo, lleva a que las personas no pidan dicha ayuda, con lo cual aumenta el sentido de despersonalización y baja autorrealización, que en conjunto con el agotamiento emocional llevan a padecer el síndrome.

Leiter y Maslach (1988, citado en Buendía y Ramos 2001) describen una secuencia de factores, que parten desde el desarrollo de sentimientos de agotamiento emocional en el trabajador que llevan a que este genere una actitud despersonalizada hacia las personas que atiende, y que finalmente lo llevan a perder el compromiso personal y a disminuir la realización personal en el trabajo. Estos factores son retomados por diferentes autores, aunque no necesariamente en el mismo orden. Estos pueden llevar a sentimientos de remordimiento y culpa por los desajustes que el síndrome ocasiona, fomentando a veces el refugio en el mismo trabajo como se decía, conduciendo el Burnout a niveles más peligrosos.

Winnubst (1993, citado en Martínez Pérez 2010) considera que el exceso de estandarización de métodos de trabajo y conformidad con normas muy rígidas genera un ambiente más propenso al Burnout que aquel en el cual aunque haya burocracia, se estandarizan las habilidades, y se fomenta la creatividad y la autonomía. También señala que entornos que propician la rutina por su estructura y sistemas de procedimientos, la monotonía y la falta de control pueden igualmente llevar al Burnout, aunque aquellos más libres enfocados en la estandarización de habilidades también pueden ocasionarlo en situaciones en las cuales se den ambigüedades de rol, conflictos personales o falta de una estructura realmente operativa que defina una orientación hacia la actuación. En cualquier estructura, el apoyo social entre compañeros es muy relevante para el Burnout, pero la falta de este contribuye al síndrome.

La motivación es un elemento clave a monitorizar, cuando la misma decae, es un signo de alarma de progresión del síndrome de Burnout. Nadie es inmune a padecer dicho síndrome.

##### 5. Consecuencias del Burnout:

Podemos distinguir consecuencias de Burnout tanto para los trabajadores como para las organizaciones, ya que éstas también se ven afectadas cuando sus trabajadores enferman:

###### ✓ Trabajadores:

El trabajador se va viendo afectado poco a poco en su salud, debido a la exposición a unas determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables, a pesar de poner en juego todos sus recursos personales (Insht, 2006, citado en Baidal 2006). Como mencionamos anteriormente, se produce un deterioro general: cognitivo, emocional, conductual y físico. Estos síntomas tienen unas consecuencias negativas hacia la vida en general, disminuyendo la calidad de vida personal y aumentando los problemas familiares y en toda la red social

extralaboral del trabajador, debido a que las interacciones se hacen tensas, la comunicación termina siendo deficiente y se tiende al aislamiento.

✓ Organizaciones:

En cuanto a las organizaciones, los síntomas de Burnout tienen también consecuencias laborales negativas que afectan a la organización y al ambiente de trabajo y se manifiestan en un progresivo deterioro de la comunicación y de las relaciones interpersonales (indiferencia o frialdad); disminuye la productividad y la calidad del trabajo y, por tanto, el rendimiento, que afecta a los servicios que se prestan. Surgen sentimientos que abarcan desde la indiferencia a la desesperación frente al trabajo; se da un alto absentismo, con una mayor desmotivación, aumentan los deseos de dejar ese trabajo por otra ocupación con un creciente nivel de desmoralización y se puede llegar o a una reconversión por parte de afectado profesional o al abandono de la profesión.

Si la organización no favorece el necesario ajuste entre las necesidades de los trabajadores y los fines de la institución, se produce una pérdida de la calidad de los servicios como consecuencia de todo ello, que no es más que la expresión de una desilusión.

6. Evolución del Burnout:

Edelwich y Brodsky (1980, citado en Carlotto y Gobbi 2001) explican las fases del Burnout, haciendo una descripción detallada de cada una de ellas. Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con Burnout:

- **Etapa de idealismo y entusiasmo:** El individuo posee un alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario. Al comienzo de su carrera existen bastantes motivaciones intrínsecas. Hay una hipervalorización de su capacidad profesional que le lleva a no reconocer los límites internos y externos, algo que puede repercutir en sus tareas profesionales. El incumplimiento de expectativas le provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa.
- **Etapa de estancamiento:** Supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios, que incluyen necesariamente el ámbito profesional.
- **Etapa de apatía:** Es la fase central del síndrome Burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante.

Se evita el contacto con los compañeros, hay faltas al trabajo y en muchas ocasiones se da el abandono de éste y en los casos más extremos de profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes abriendo el camino para la última etapa de Burnout, la del distanciamiento.

- **Etapa de distanciamiento:** La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y clientes de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de inadecuado, posee compensaciones (el sueldo, por ejemplo) que justifican la pérdida de satisfacción.

#### 7. Discriminación con otros constructos:

El concepto de Burnout ha dado lugar a muchas discusiones por la confusión que genera a la hora de diferenciarlo con otros conceptos, pero Shirom (1989, citado en Martínez Pérez 2010) afirma que el Burnout no se solapa con otros constructos de orden psicológico. Centrándonos estrictamente en las diferencias del Burnout con otros conceptos psicológicos y psicopatológicos, se puede demostrar que este síndrome se diferencia del Estrés General, Estrés Laboral, Fatiga Física, Depresión, Tedio o Aburrimiento, Insatisfacción Laboral y Acontecimientos Vitales y Crisis de la Edad Media de la Vida; aunque se compartan algunos síntomas o procesos de evolución similares. Precisemos las diferencias.

- ✓ **Estrés general:** el estrés general y síndrome de Burnout se distinguen con facilidad, pues el primero es un proceso psicológico que conlleva efectos positivos y negativos, mientras que el Burnout sólo hace referencia a efectos negativos para el sujeto y su entorno. Es evidente que el estrés general se puede experimentar en todos los ámbitos posibles de la vida y actividad del ser humano a diferencia del Burnout, que como la mayoría de los autores estiman, es un síndrome exclusivo del contexto laboral.
- ✓ **Fatiga física:** Para diferenciar la Fatiga Física del síndrome de Burnout lo fundamental es observar el proceso de recuperación (Pines y Aronson, 1988, citado en Martínez Pérez 2010), ya que el Burnout se caracteriza por una recuperación lenta y va acompañada de sentimientos profundos de fracaso mientras que en la fatiga física la recuperación es más rápida y puede estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito.
- ✓ **Depresión:** Oswin (1978) y Maher (1983, citado en Martínez Pérez 2010) plantearon un solapamiento entre Depresión y Burnout, que fue objeto de estudio en adelante. McKight y Glass (1995, citado en Martínez Pérez 2010), Leiter y Durup (1994, citado en Martínez

Pérez 2010), y Hallsten (1993, citado en Martínez Pérez 2010) demostraron a partir de investigaciones empíricas que los patrones de desarrollo y etiología eran distintos, aunque los dos fenómenos pueden compartir algunas sintomatologías. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia (Manassero & cols., 2003; Mingote, 1997; Pines, 1993; Warr 1987; Meier, 1984, citado en Martínez Pérez 2010). Aunque por otro lado, encontramos que Freudenberger (1974) considera que la depresión es uno de los síntomas más característicos del Burnout. La teoría de COR: Modelo de conservación de recursos (Hobfoll & Shirom 2001, citado en Martínez Pérez 2010) sugiere que los síntomas de la depresión pueden emerger en una etapa posterior al Burnout, es decir cuando las pérdidas ascienden (Manassero & cols, 2003 citado en Martínez Pérez 2010). Apoyando la idea de éste último, Hättinen y cols. (2004, citado en Martínez Pérez 2010) concluyen a partir de los diversos planteamientos revisados, que hay mayor aceptación en considerar a la depresión como una consecuencia negativa del Burnout (Burke, Greenglass, & Schwarzer, 1996; Cooper et al., 2001; Glass, McKnight, & Valdimarsdottir, 1993; Leiter & Durup, 1994; Schaufeli & Enzmann, 1998, citado en Martínez Pérez 2010).

- ✓ **Tedio o aburrimiento:** ambos términos han sido utilizados en diversas situaciones y se les ha dado diferentes significados. Por lo tanto, para explicar las diferencias con el síndrome de Burnout, es conveniente realizar un análisis según cada autor. Hallberg (1994, citado en Martínez Pérez 2010) distingue la diferencia de los términos en el proceso de desarrollo, planteando que cuando aumenta el agotamiento emocional, disminuye el tedio. Entonces, sería este proceso lo que lleva al trabajador a desarrollar el Burnout. Por el contrario, Faber (1983, citado en Martínez Pérez 2010) y Pines et al. (1981, citado en Martínez Pérez 2010) limitan el Burnout a las profesiones asistenciales y aplican el término de tedio o aburrimiento a los otros tipos de trabajos que no tienen características humanitarias. Pines & Krafy (1978, citado en Martínez Pérez 2010) y Maslach & Jackson (1981, citado en Martínez Pérez 2010) concuerdan en que el Burnout es generado por repetidas presiones emocionales, mientras que el tedio o aburrimiento puede resultar de cualquier tipo de presión o falta de motivación o innovación en el ámbito laboral del sujeto, pero apoyan que ambos términos son equivalentes cuando el fenómeno es consecuencia de la insatisfacción laboral.
- ✓ **Acontecimientos vitales y crisis de la edad Media de la vida:** La crisis de la edad media de la vida del sujeto se diferencia del Burnout porque tal crisis se puede desencadenar

cuando el profesional hace un balance negativo de su posición y desarrollo laboral y, sin embargo, el Burnout se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recientemente en su nuevo empleo; porque éstos no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presentan desde el exterior (Hill & Millar, 1981; Broufenbrenner, 1979, citado en Martínez Pérez 2010). Así pues, de los múltiples estudios empíricos realizados se pueden extraer, de forma global, dos posturas ante la conceptualización del Burnout. Por un lado, algunos plantean que la falta de acuerdo en la conceptualización del Burnout y las dificultades para diferenciar nítidamente el síndrome siguen obstaculizando la investigación, pues el problema de la imprecisión y ambigüedad del concepto le hacen ocultarse bajo el más amplio del estrés (Peiró 1993, citado en Martínez Pérez 2010). Un ejemplo, según expone Garcés de Los Fayos (2003, citado en Martínez Pérez 2010), es el hecho de que mientras Meier (1984, citado en Martínez Pérez 2010) afirma que el constructo Burnout cumple los criterios de validez convergente y discriminante, Moreno, Oliver y Aragonese (1991) demuestran que la validez del constructo es susceptible de diversas críticas en cuanto a métodos y definiciones imprecisas. En este sentido, Davidoff (1980, citado en Martínez Pérez 2010) plantea que quizás se esté utilizando un nuevo término para definir antiguos problemas, ya que el Burnout tiene una gran semejanza con otros constructos. Así y todo, en la actualidad, hay coincidencia en considerar el Burnout como un síndrome con identidad propia. En lo que aquí nos interesa, para diferenciarlo de otros constructos es imprescindible tomar en cuenta su multidimensionalidad (CE; DP y falta de RP), su relación con variables antecedentes-consecuentes y su proceso de desarrollo progresivo y continuo; suponiendo éste último la interacción secuencial de variables emocionales (CE y DP), cognitivas (RP) y actitudinales (DP) dentro de un contexto laboral (Ramos, 1999; Gil-Monte y Peiró, 1997, citado en Martínez Pérez 2010)

## CAPITULO IV:

# Bienestar Psicológico y Burnout: relaciones entre ambos constructos

El presente capítulo, se ha llevado a cabo con el fin de interrelacionar las investigaciones utilizadas en este trabajo. Se ha efectuado una descripción breve de la importancia de cada una de ellas.

## 1. Bienestar Psicológico y Burnout:

Existen investigaciones que han relacionado las dos variables de la presente investigación, por ejemplo, Kareaga, Ayestaran, Etxeberria, Smith (2008), evaluaron Burnout y Bienestar Psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. Los autores sostienen que los bajos niveles de bienestar psicológico en el trabajo, predicen altas puntuaciones en cansancio emocional y, en general, en el síndrome de Burnout. Además, consideraron que la dureza emocional aparece asociada de forma negativa al Burnout, y de forma positiva y significativa al Bienestar, constituyéndose ambas variables como factores protectores del síndrome de Burnout. Por lo cual, el hecho de que la dureza emocional prediga el Bienestar Psicológico, ésta, puede influir positivamente en el rendimiento de los trabajadores, incluso en ausencia de unas condiciones laborales satisfactorias.

### 1.1 Bienestar Psicológico en Niveles de clasificación Medio:

Existen diversas investigaciones acerca del Bienestar Psicológico, en donde la muestra de sujetos ha obtenido resultados en niveles Promedio o Medio, por ejemplo, (Argaña, Bartels, Bilbao, Bittar, Díaz, Díaz, Garay, Gómez, Paiva, y Paredes, 2012), sostienen que los adolescentes que asisten a escuelas secundarias privadas puntúan en niveles Medio superior. A diferencia de aquellos adolescentes que asisten a instituciones estatales, los cuales poseen niveles Altos de Bienestar Subjetivo. Esto indica mayor afecto positivo y felicidad en los participantes del colegio público y mejor percepción de vida favorable. Sin embargo, los autores consideran, relativa prosperidad en los integrantes del colegio privado.

Además se halló una investigación (García Mugneco, 2010), la cual evidenció que el total de la muestra de adolescentes de escuelas de Valle de Uco en Mendoza, obtuvieron puntajes Medio en Bienestar Psicológico. A partir de estos resultados, la autora considera la existencia de satisfacción en estos adolescentes en términos generales.

### 1.2 Bienestar Psicológico y Diferencia de Género:

En Colombia, (Ballesteros, Medina y Caycedo, 2006), estudiaron el Bienestar Psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica. Los autores detectaron que las diferencias de género, en la mayoría de las dimensiones evaluadas no presentan diferencias importantes.

En Chile, (Bravo-Yáñez y Jiménez-Figueroa, 2007), se investigó el Bienestar Psicológico en funcionarios penitenciarios, los autores detectaron que las mujeres se sentían

mejor psicológicamente que los hombres, ya que las mayores dificultades de la mujer para acceder a un trabajo, las hace juzgar más favorablemente al mismo cuando encuentran uno. Además, consideraron que las mujeres poseen menores expectativas que los hombres en torno al trabajo, por lo tanto es más fácil para éstas poder cumplirlas. Por último se consideraron la voluntariedad de la mujer a la hora de trabajar, lo que en el hombre se traduce más bien en una obligación.

Barra Almagiá (2011), investigó el Bienestar Psicológico y orientación de rol sexual en estudiantes universitarios y detectó que los hombres tendían a presentar puntajes ligeramente mayores que las mujeres en la mayoría de las dimensiones de Bienestar. El autor consideró que esta diferencia se relaciona con el hecho de que la masculinidad se asocia a la posesión de rasgos instrumentales, mientras que la feminidad se asocia a la posesión de rasgos expresivos. Los rasgos instrumentales promueven el ajuste y el Bienestar facilitando el equilibrio afectivo que sirve como amortiguador del estrés, haciendo que los individuos valoren los eventos estresantes como menos amenazantes y adopten estrategias más activas de afrontamiento. En cambio los rasgos expresivos, más orientados hacia lo interpersonal y lo emocional, pueden afectar negativamente el ajuste y el Bienestar haciendo que el individuo experimente y exprese más sus emociones negativas.

## 2. Burnout y diferencia de género:

En 2007, Fernández Martínez, Hidalgo Cabrera, Martín Tapia, Moreno Suárez y García del Río, investigaron si el síndrome de Burnout influía en relación al género. Los autores no encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

## 3. Bienestar Psicológico, su relación con la edad:

Arias, Sabatini, Giuliani, Pavón, Polizzi, Zariello (2012), estudiaron Bienestar Psicológico en diferentes etapas del ciclo vital. Los autores revelaron que los adultos mayores obtuvieron puntuaciones promedio más elevadas que el grupo de adultos jóvenes y consideraron que esto así por varios motivos: los adultos mayores eligen deliberadamente sus relaciones interpersonales para obtener mayor gratificación y bienestar, creando contextos de relaciones interpersonales gratificantes, manteniendo una vida emocional positivamente equilibrada y una óptima regulación emocional. Además, los adultos mayores conservan capacidades para tomar decisiones en forma autónoma, son asertivos en sus conductas y confían en su propio juicio. Son capaces de aceptar los múltiples aspectos de sí mismo incluyendo los buenos y los malos y, se sienten bien acerca del pasado, sin intentar modificarlo o desear que sea diferente de lo que fue.

## 4. Burnout, su relación con la edad:

Fernández Martínez, Hidalgo Cabrera, Martín Tapia, Moreno Suárez, G. del Río García, (2007), investigaron Burnout en médicos residentes que realizan guardias en servicios de urgencias. Los autores sostienen que los residentes más jóvenes obtienen puntuaciones más altas

en Realización Personal y Cansancio Emocional. Los autores consideraron que, si bien los residentes se sienten más agotados, obtienen mayores recompensas personales con la realización de su trabajo, posiblemente en relación con el entusiasmo inicial y el conocimiento de los resultados que se obtienen con esfuerzo

5. Bienestar Psicológico y Burnout, su relación con las profesiones:

Barrazca Macías, Carrasco Soto y Arreola Corral (2007), en su estudio: Síndrome de Burnout: un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango, establecieron que no existen diferencias significativas de síndrome de Burnout entre las profesiones estudiadas.

Paredes y Sanabria Ferrand (2008), investigaron Burnout y Bienestar Psicológico en residentes de especialidades médico quirúrgicas. Los autores detectaron que un porcentaje significativo de los residentes presentó un alto nivel de Burnout y el análisis estadístico evidenció una asociación negativa entre el Burnout y el Bienestar Psicológico y entre éste último y las largas horas de trabajo. Es decir, bajos niveles de Bienestar Psicológico.

6. Bienestar Psicológico y Burnout, su relación con el turno de trabajo:

Blasco Espinosa, Llor Esteban, García Izquierdo, Sáez Navarro y Sánchez Ortuño (2002), evaluaron Bienestar Psicológico y Burnout, su relación entre la calidad del sueño en profesionales de la seguridad ciudadana. Los autores consideraron que los turnos excesivamente largos y con pocos días de recuperación producen fatiga y cansancio acumulado, esto, a largo plazo repercute en un peor rendimiento general, mayor somnolencia y un aumento en la accidentalidad.

Ávila Toscano, Gómez Hernández y Montiel Salgado (2010), en su investigación: Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud, detectaron que tanto la edad como el tiempo que llevan los empleados ejerciendo la profesión no muestran relaciones importantes con el desarrollo del Síndrome de Burnout.

PARTE II:  
PARTE PRÁCTICA

# CAPÍTULO V:

## Aspectos Metodológicos

## **OBJETIVOS**

### **1. Objetivo General:**

Analizar el Bienestar Psicológico y Burnout en profesionales de la salud que trabajan con pacientes en rehabilitación.

### **2. Objetivos Específicos:**

- Describir el nivel de Bienestar Psicológico y Burnout en profesionales de la salud que trabajan con personas en rehabilitación neurológica.
- Determinar relaciones entre Bienestar Psicológico y variables de Burnout en el grupo en estudio.
- Analizar la relación de variables sociodemográficas tales como género, edad, estado civil, profesión, tiempo en el trabajo actual y tiempo en la profesión; con dimensiones de Burnout.

### **3. Hipótesis:**

- El bienestar psicológico está asociado a una alta realización personal en el trabajo.
- La existencia de estrés laboral en los profesionales de la salud implica bajos niveles de bienestar psicológico.
- A mayor cantidad de pacientes atendidos, mayor estrés laboral en los profesionales de la salud.

## METODOLOGÍA

### **1. Diseño de Investigación:**

El estudio de la presente investigación es CUANTITATIVO de carácter descriptivo-correlacional.

Un estudio descriptivo, intenta describir las situaciones, fenómenos o eventos que nos interesan, midiéndolos y evidenciando sus características. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

Los estudios correlacionales, según los autores mencionados, miden dos o más variables para determinar si están o no relacionadas en los mismos sujetos y después se analiza la correlación.

Un estudio correlacional permite indagar hasta que punto una variable (convencionalmente una variable independiente) produce alteraciones en otra variable dependiente, la medida de correlación de la dos variables para señalar el caso más sencillo, se mide mediante el coeficiente de Correlación de Pearson, en este caso el investigador posee una idea anticipada (hipótesis) que le hace esperar una correlación entre variables.

El diseño de la presente investigación es de *Tipo Transversal*, No Experimental lo cual supone la descripción de una población determinada en un momento dado y establecer diferencias y relaciones entre el grupo que compone la población y las variables más importantes.

### **2. Tipo de Muestra**

La muestra utilizada es *No Probabilística* de carácter *Intencional*. El criterio de selección que se utilizó para contactar a los participantes fue que sean Profesionales de la salud que trabajen con pacientes en estado de rehabilitación neurológica en la Ciudad de Mendoza.

Como se trata de una muestra *No probabilística*, las conclusiones que se derivan de este trabajo, no pueden ser generalizadas a toda la población, sino que son válidas para aquellos sujetos que participaron en la investigación.

### **3. Participantes**

Para el presente estudio, se trabajó con 31 profesionales de la salud que llevan a cabo su labor en instituciones de rehabilitación neurológica de la Ciudad de Mendoza:

Del grupo de sujetos estudiado se encontró que el 64% pertenece al sexo femenino y el 35% al sexo masculino.

Respecto a la edad, éstas oscilan entre los 23 y los 53 años. Se obtuvo una media de 31.19 años, una desviación estándar de 8.71; la mediana es de 29 años y la moda de 25.

En cuanto al estado civil, 74.2% de los participantes son solteros y el 25.8% restante están casados. En similares porcentajes, se manifestó el hecho de tener hijos: el 74.2% no tiene hijos, mientras que el 25.8% sí tiene hijos.

De acuerdo a la profesión, del total de la muestra se detectó que el 19% son fonoaudiólogos, el 52% kinesiólogos, el 10% médicos, el 3% nutricionistas, el 13% psicólogos y un 3% terapeutas ocupacionales.

Se interrogó acerca del turno en que llevaban a cabo sus actividades laborales estos profesionales y se detectó que un 13% trabaja en el turno mañana, un 19% trabaja en el turno tarde y un 68% en ambos turnos.

Respecto al tiempo que llevan los sujetos en su trabajo actual, se midió teniendo en cuenta la cantidad de año/s transcurridos y, se consideró que la media es de 2.03, la mediana es 1, la moda es 1 y la desviación estándar es 1.99

En cuanto al tiempo en la profesión que lleva cada uno de los profesionales, teniendo en cuenta año/s transcurridos, se detectó que la media es 6.80, la mediana es 3, la moda es 1 y la desviación estándar es 8.08

Se interrogó a los profesionales por la cantidad de pacientes que atendían por día y se obtuvo que la media es 15.32, la mediana es 13, la moda es 7 y la desviación estándar es 10.36

## **4. Instrumentos**

### **4.1 MBI (MaslachBurnoutInventory) o Inventario “Burnout”**

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981) es un instrumento autoadministrado constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Se responde a través de una escala tipo Likert donde 0 significa “Nunca” y 6 significa “Todos los días”.

El mismo evalúa tres variables del síndrome del estrés laboral asistencial: cansancio emocional, despersonalización y falta de autorrealización personal.

- **Cansancio emocional (CE):** describe los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo; el elemento con mayor saturación contiene una expresión clara de dicha variable.
- **Despersonalización (DP):** refiere una respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional. Tanto en ésta como en la escala anterior, los profesionales con puntuaciones altas presentan grados elevados de vivencia del síndrome del estrés laboral asistencial. Como algunos grupos de sus elementos presentan bajas saturaciones en la otra escala, se observan pequeñas correlaciones entre ambas dimensiones. Es decir, aunque son medidas separadas, están relacionadas y se presentan como aspectos del síndrome.
- **Realización personal (RP):** esta escala contiene elementos que representan sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas. En contraste con las otras dos escalas, las puntuaciones bajas son indicativas del síndrome; pero es independiente de ellas y sus elementos no tienen pesos negativos en ellas. La variable puede ser considerada como opuesta al Cansancio Emocional y a la Despersonalización. Sin embargo, se observan correlaciones bajas con las otras dos escalas.

Los puntajes brutos de cada dimensión se convierten en centiles según el sexo y se clasifican de acuerdo a su valor en Bajo (0 a 25), Medio (25 a 75) y Alto (más de 75).

Las puntuaciones altas en las subescalas de Cansancio Emocional y de Despersonalización y bajas puntuaciones en la subescala de Realización Personal son propias de una persona con el síndrome del estrés laboral asistencial. La presencia de bajas puntuaciones en las subescalas de CE y DP, y de altas puntuaciones en la de RP son indicativas de un bajo grado de Burnout.

Las autoras informan de adecuada confiabilidad y validez del instrumento, en su versión original como en su adaptación al idioma castellano.

#### **4.2 Escala BIEPS-A**

Fue desarrollada por Castro-Solano, Breñilla y Casullo (2002) con el objetivo de evaluar el grado de Bienestar Psicológico en adultos. Es un instrumento autoadministrado constituido por 13 ítems en forma de afirmaciones, que se responden con un formato de respuesta tipo Likert con tres alternativas de completamiento: De acuerdo - Ni de acuerdo Ni en desacuerdo - En desacuerdo.

Se obtiene un puntaje bruto que posteriormente se convierte en percentiles de acuerdo a los baremos realizados por los autores.

Los coeficientes de confiabilidad de dicha técnica son algo bajos, aunque se supone que este efecto tiene que ver no tanto con la homogeneidad de las dimensiones sino con el bajo número de elementos por cada subescala.

## **5. Procedimiento:**

Los profesionales fueron contactados de diferentes clínicas privadas especializadas en rehabilitación neurológica de pacientes. Se solicitó una entrevista con el director de las mismas y posteriormente una reunión con el equipo de profesionales.

Una vez explicado el propósito de la investigación y luego de la firma del consentimiento informado, se administraron las escalas BIEPS-A y MBI a aquellos profesionales que aceptaron colaborar. Posteriormente se realizó una devolución oral de los resultados a quienes lo solicitaron.

Los 31 profesionales constituyentes de la muestra, aceptaron participar y cumplieron adecuadamente los instrumentos administrados.

La recolección de datos se llevó a cabo en el mes de Junio de 2012.

## **6. Análisis de datos:**

Para analizar los datos obtenidos a través de la Escala BIEPS- A y MBI se utilizará el procesador estadístico SPSS versión 15.0 Español.

Para indagar el primer objetivo se realizará un análisis descriptivo de los valores medios de BP y MBI.

Para analizar el segundo objetivo se realizó la prueba estadística Coeficiente de Correlación de Pearson, con el propósito de indagar la relación entre las variables en estudio.

Por último, se realizaron pruebas de diferencias de medias para contrastar la existencia de diferencias significativas de acuerdo a variables sociodemográficas discretas, tales como género, profesión, edad, estado civil, tiempo que llevaban recibidos y tiempo en el trabajo actual y tiempo en la profesión. En el caso de variables continuas, se utilizan pruebas de correlación.

# CAPÍTULO VI:

## Presentación de Resultados

## **RESULTADOS**

En función del primer objetivo, describir el nivel de Bienestar Psicológico y Burnout en profesionales de la salud, se analizó media y desviación estándar del Bienestar Psicológico y de las dimensiones del MBI (ver Tabla 1).

**Tabla 1:** Puntajes medios de BIEPS-A y MBI

|                             | <b>Media</b> | <b>Desviación Estándar</b> |
|-----------------------------|--------------|----------------------------|
| <b>BIEPS-A</b>              | 36.03        | 1.97                       |
| <b>Cansancio Emocional</b>  | 20,29        | 12,71                      |
| <b>Despersonalización</b>   | 5,54         | 5,42                       |
| <b>Realización Personal</b> | 40,93        | 8,16                       |

Se encontró que la media de Bienestar Psicológico en los profesionales es de  $36.03 \pm 1.97$ ; en cuanto a las dimensiones del Burnout los puntajes fueron: Cansancio emocional  $20.29 \pm 12.71$ , Despersonalización  $5.54 \pm 5.42$  y Realización Personal  $40.93 \pm 8.16$ .

Posteriormente se calculó el puntaje bruto del BIEPS- A en la muestra y se transformó en percentil (ver Tabla 2).

**Tabla 2:** Puntaje bruto y percentil del BIEPS-A

| <b>Puntaje Bruto</b> | <b>Percentil</b> | <b>Clasificación</b> |
|----------------------|------------------|----------------------|
| 36,03                | 62               | Medio                |

El puntaje bruto 36.03 se corresponde con el percentil 62, entrando dentro de la clasificación media.

A continuación, se analizó el puntaje bruto de las dimensiones del MBI y se extrajo el percentil por género (ver Tabla 3).

**Tabla 3:** Puntuaciones por género del MBI

|                             | <b>Género</b> | <b>Media</b> | <b>Percentil</b> | <b>Clasificación</b> |
|-----------------------------|---------------|--------------|------------------|----------------------|
| <b>Cansancio Emocional</b>  | Femenino      | 21,00        | 50               | Medio                |
|                             | Masculino     | 19,00        | 50               | Medio                |
| <b>Despersonalización</b>   | Femenino      | 4,00         | 35               | Medio                |
|                             | Masculino     | 8,36         | 55               | Medio                |
| <b>Realización Personal</b> | Femenino      | 38,80        | 60               | Medio                |
|                             | Masculino     | 44,81        | 85               | Alto                 |

Del análisis de los percentiles puede desprenderse que todos los puntajes se encuentran dentro de la clasificación medio en ambos géneros, a excepción de Realización Personal que es elevado en los profesionales hombres (M: 44.81; Percentil: 85)

En función del segundo objetivo propuesto, determinar relaciones entre Bienestar Psicológico y variables de Burnout en el grupo estudiado, se analizó si existían correlaciones significativas entre las variables en estudio a través del Coeficiente de Correlación Pearson (ver Tabla 4)

**Tabla 4:** Correlaciones entre BIEPS-A y MBI

|                              |                        | <b>Despersonalización</b> | <b>Realización Personal</b> | <b>Cansancio Emocional</b> |
|------------------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <b>Bienestar Psicológico</b> | Correlación de Pearson | ,076                      | -,107                       | -,211                      |
|                              | Sig. (bilateral)       | ,684                      | ,566                        | ,254                       |

No se detectaron correlaciones significativas entre las pruebas analizadas. Sin embargo, es llamativo el hecho de que se haya dado una correlación inversa entre Realización Personal con Bienestar Psicológico ( $p=-,107$ ;  $r=,566$ ).

En función del tercer objetivo del trabajo; analizar la relación de variables sociodemográficas tales como género, edad, estado civil, profesión, tiempo en el trabajo actual y

tiempo en la profesión; con Bienestar Psicológico y dimensiones de Burnout, se trabajó de la siguiente manera:

En primer lugar, según el género (20 mujeres y 11 hombres) se analizó la existencia de diferencias significativas en las medias de las variables del Burnout y del BIEPS-A a través de la prueba U de Mann-Whitney (ver Tabla 5).

**Tabla 5:** Diferencias según el género en BP y MBI.

|                             | <b>Género</b> | <b>N</b> | <b>Media</b> | <b>Sig</b> |
|-----------------------------|---------------|----------|--------------|------------|
| <b>Cansancio Emocional</b>  | Femenino      | 20       | 21,00        | ,620       |
|                             | Masculino     | 11       | 19,00        |            |
| <b>Despersonalización</b>   | Femenino      | 20       | 4,00         | ,059       |
|                             | Masculino     | 11       | 8,36         |            |
| <b>Realización Personal</b> | Femenino      | 20       | 38,80        | ,008       |
|                             | Masculino     | 11       | 44,81        |            |
| <b>BIEPS-A</b>              | Femenino      | 20       | 35,90        | ,585       |
|                             | Masculino     | 11       | 32,27        |            |

Se detectó una diferencia significativa en la dimensión Realización Personal ( $p=,008$ ), donde los profesionales hombres obtuvieron mayores puntajes promedios. Además éstos puntuaron de forma superior en Despersonalización (M: 8.36), en función de la significación indicaría que el género es importante en la variable mencionada. En contraste en la dimensión Cansancio Emocional fueron las mujeres profesionales quienes obtuvieron mayores puntajes (M: 21), más no así se obtuvo diferencias estadísticamente significativas.

Para profundizar este análisis y obtener una descripción minuciosa respecto de los resultados que se obtuvieron en género, se analizaron los ítems que tuvieron puntuaciones elevadas. Se realizó una prueba de diferencias de medias con el propósito de determinar si existían variaciones significativas a nivel estadístico, en los ítems del cuestionario MBI. Los resultados de mayor relevancia se exponen en la Tabla 6.

**Tabla 6:** Análisis por ítem según género.

| <b>Número de Ítem</b> | <b>Género</b> | <b>N</b> | <b>Media</b> | <b>Diferencia Bilateral</b> |
|-----------------------|---------------|----------|--------------|-----------------------------|
| <b>MBI 12</b>         | Femenino      | 20       | 4,45         | <i>,028</i>                 |
|                       | Masculino     | 11       | 5,54         |                             |
| <b>MBI 15</b>         | Femenino      | 20       | ,90          | <i>,049</i>                 |
|                       | Masculino     | 11       | 2,72         |                             |
| <b>MBI 17</b>         | Femenino      | 20       | 5,05         | <i>,041</i>                 |
|                       | Masculino     | 11       | 5,81         |                             |
| <b>MBI 20</b>         | Femenino      | 20       | 1,55         | <i>,032</i>                 |
|                       | Masculino     | 11       | ,54          |                             |
| <b>MBI 21</b>         | Femenino      | 20       | 4,40         | <i>,021</i>                 |
|                       | Masculino     | 11       | 5,72         |                             |

Se detectaron diferencias significativas en los ítems 12, 15, 17, 20 y 21, donde los hombres obtuvieron puntuaciones superiores. Cabe aclarar que las consignas de los ítems 12, 17 y 21 evalúan Realización Personal; el ítem 15 evalúa Despersonalización y el 20 Cansancio Emocional. Esto demuestra nuevamente que los hombres se encuentran más realizados personalmente que las mujeres, y mayormente despersonalizados que éstas últimas.

Para constatar si existían correlaciones entre MBI y BIEPS con la edad se analizó una prueba de correlación (ver Tabla 7)

**Tabla 7:** Correlaciones entre BIEPS-A y MBI con edad de los profesionales.

|                             |                        | <b>Edad</b> |
|-----------------------------|------------------------|-------------|
| <b>Cansancio Emocional</b>  | Correlación de Pearson | ,061        |
|                             | Sig. (bilateral)       | ,744        |
| <b>Despersonalización</b>   | Correlación de Pearson | -,219       |
|                             | Sig. (bilateral)       | ,236        |
| <b>Realización Personal</b> | Correlación de Pearson | ,047        |
|                             | Sig. (bilateral)       | ,804        |
| <b>BIEPS-A</b>              | Correlación de Pearson | -,295       |
|                             | Sig. (bilateral)       | ,107        |

No se detectaron correlaciones significativas entre la edad con variables del Burnout y Bienestar Psicológico. Sin embargo, las tendencias de las correlaciones indican que a medida que aumenta la edad lo hace también el Cansancio Emocional ( $p=,061$ ;  $r=,744$ ) y la Realización Personal ( $,047$   $r=804$ ); pero disminuyen los valores de Despersonalización ( $p=,219$   $r=,236$ ) como de Bienestar Psicológico ( $p=,295$   $r=,107$ ).

Se analizaron las variables MBI y BIEPS-A con las profesiones de Fonoaudiólogos y Kinesiólogos (ver Tabla 8). Se analizaron sólo esas profesiones dado que eran las más homogéneas entre sí. Con el resto de las profesiones se evitó hacer comparaciones por la heterogeneidad entre ellas y para evitar puntuaciones extremas. Además estos profesionales son los que, en general, atienden a mayor cantidad de pacientes en rehabilitación, incluyendo Terapeutas Ocupacionales.

**Tabla 8:** Diferencias de puntajes según profesiones predominantes.

|                             | <b>Profesión</b> | <b>N</b> | <b>Media</b> | <b>Sign</b> |
|-----------------------------|------------------|----------|--------------|-------------|
| <b>Cansancio Emocional</b>  | Fonoaudiólogos   | 6        | 17,33        | ,712        |
|                             | Kinesiólogos     | 16       | 19,93        |             |
| <b>Despersonalización</b>   | Fonoaudiólogos   | 6        | 5,00         | ,336        |
|                             | Kinesiólogos     | 16       | 7,06         |             |
| <b>Realización Personal</b> | Fonoaudiólogos   | 6        | 32,83        | ,089        |
|                             | Kinesiólogos     | 16       | 43,62        |             |
| <b>BIEPS-A</b>              | Fonoaudiólogos   | 6        | 37,50        | ,048        |
|                             | Kinesiólogos     | 16       | 35,62        |             |

Se detectó una diferencia estadística significativa entre los profesionales Fonoaudiólogos y Kinesiólogos en el puntaje bruto de Bienestar Psicológico, siendo mayor en los primeros ( $p=,048$ ). Sin embargo, los kinesiólogos se sienten más realizados personalmente que los fonoaudiólogos ( $p=,089$ ).

Para determinar si existía influencia del turno de trabajo, sobre los niveles de Burnout y Bienestar Psicológico, se realizó una prueba de diferencias de medias entre los turnos más representativos de la muestra: Mañana y Tarde ( $N=21$ ) y Tarde ( $N= 6$ ). Ver Tabla 9.

**Tabla 9:** Diferencias de puntajes según el turno de trabajo

|                             | <b>Turno</b>   | <b>N</b> | <b>Media</b> | <b>Sig.</b> |
|-----------------------------|----------------|----------|--------------|-------------|
| <b>Cansancio Emocional</b>  | Mañana y Tarde | 21       | 23,23        | ,144        |
|                             | Tarde          | 6        | 15,00        |             |
| <b>Despersonalización</b>   | Mañana y Tarde | 21       | 5,90         | ,907        |
|                             | Tarde          | 6        | 5,33         |             |
| <b>Realización Personal</b> | Mañana y Tarde | 21       | 40,28        | ,884        |
|                             | Tarde          | 6        | 40,83        |             |
| <b>BIEPS-A</b>              | Mañana y Tarde | 21       | 36,66        | <b>,009</b> |
|                             | Tarde          | 6        | 33,83        |             |

Se detectó una diferencia estadística significativa en el Bienestar Psicológico de los profesionales que trabajan en los turnos Mañana y Tarde, en relación a sus compañeros del turno Tarde ( $p= ,009$ ).

Por último, para determinar si tanto los años de trabajo en el empleo actual como también los años de experiencia en la profesión y la cantidad de horas que transcurren diariamente en el empleo, influía en el Bienestar Psicológico y Burnout en los profesionales, se efectuó una prueba de correlación (ver Tabla 10)

**Tabla 10:** Correlaciones entre horas de trabajo con BIEPS-A y MBI.

|                             |                        | <b>Tiempo en el trabajo actual</b> | <b>Tiempo en la profesión</b> | <b>Cantidad de pacientes por día</b> |
|-----------------------------|------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Cansancio Emocional</b>  | Correlación de Pearson | ,192                               | ,049                          | ,352                                 |
|                             | Sig. (bilateral)       | ,301                               | ,795                          | ,052                                 |
| <b>Despersonalización</b>   | Correlación de Pearson | -,057                              | -,218                         | <b>,634(**)</b>                      |
|                             | Sig. (bilateral)       | ,760                               | ,239                          | <b>,000</b>                          |
| <b>Realización Personal</b> | Correlación de Pearson | -,188                              | ,076                          | ,107                                 |
|                             | Sig. (bilateral)       | ,310                               | ,684                          | ,566                                 |
| <b>BIEPS-A</b>              | Correlación de Pearson | <b>-,424(*)</b>                    | -,330                         | -,031                                |
|                             | Sig. (bilateral)       | <b>,017</b>                        | ,070                          | ,867                                 |

Se encontró que a mayor cantidad de pacientes atendidos diariamente se incrementaban significativamente los valores en Despersonalización ( $p=,634$ ;  $r=,000$ ); y en segundo se obtuvo una correlación significativa de carácter negativo entre el Bienestar Psicológico con la cantidad de años transcurridos en el empleo actual ( $p=,424$ ;  $r=,017$ ).

# CAPITULO VII:

## Discusión de Resultados

De acuerdo al análisis llevado a cabo de Bienestar Psicológico, se detectó, según su clasificación, nivel Medio en el total de la muestra. (Ver Tabla 2)

La investigación llevada a cabo por García Mugneco, (2010), detectó que el total de la muestra de adolescentes obtuvo un puntaje medio de Bienestar Psicológico. Tal resultado coincide con los obtenidos en el presente estudio.

Se hallaron otros datos compatibles con los aquí presentes; en Paraguay se detectó que los participantes de colegios públicos presentaron altos niveles de bienestar subjetivo y los de instituciones privadas promediaron a un nivel medio superior. Sin embargo, en bienestar material ambos grupos se ubicaron en el rango medio superior. Ello indicaría mayor afecto positivo y felicidad en los participantes del colegio público y mejor percepción de vida favorable, tranquila, de condiciones óptimas y relativa prosperidad en los integrantes del colegio privado. (Coppari, Argaña, Bartels, Bilbao, Bittar, Díaz, Garay, Gómez, Paiva, Paredes, 2012).

El total de la muestra de profesionales de la salud tiene un Bienestar Psicológico Medio, es decir, que tienen una percepción de bienestar promedio, lo que significaría que estos sujetos se sienten satisfechos con su vida, en términos generales.

En el análisis del MBI, obtuvimos puntajes Medios en todas las variables y en ambos sexos, a excepción de Realización Personal, donde los hombres puntuaron Alto y las mujeres Medio, nuevamente. (Ver Tabla 3).

A partir de estos resultados, consideramos los valores de los puntajes brutos, y afirmamos que son similares a los encontrados en un grupo de enfermeras de España (Ibáñez, Vilaregut, Abio, 2004).

Pero si comparamos estos resultados, con los obtenidos en percentiles de una muestra de profesionales que se dedican a servicios de rehabilitación, no serían coincidentes. Ya que en ese grupo de profesionales, los niveles eran elevados en las tres dimensiones del MBI en alrededor del 25 % de la muestra, y un 13 % manifestó valores Medio-Alto en las 3 dimensiones al mismo tiempo. (Algarín Fiestas, Díaz Borrego, Cayuela Domínguez, Expósito Tirado, Echevarría Ruiz de Vargas, Del Pino-Algarrada, 2004).

Posteriormente se analizaron correlaciones entre BIEPS-A y MBI, como ya se ha mencionado se obtuvo una correlación inversa entre Realización Personal con Bienestar Psicológico ( $p=,107$ ;  $r=,566$ ). (Ver Tabla 4).

El Bienestar Psicológico es un concepto que abarca una gran variedad de aspectos de nuestras vidas, por lo que a partir de estos resultados no se puede considerar que estas personas no desarrollan Bienestar o no se sienten satisfechos con sus vidas, dado que solamente se está evaluando el aspecto laboral. Es probable que algunos profesionales puedan sentirse aún no

realizados personal o profesionalmente y, posiblemente desarrollan Bienestar Psicológico en otros aspectos de su vida que no tiene que ver exclusivamente con su labor.

Además de la existencia de una correlación inversa entre Realización Personal y Bienestar Psicológico, es real que la presente investigación ha dado como resultado en el análisis de MBI según el género (Ver Tabla 5), que los hombres poseen mayor Realización Personal que las mujeres, lo cual no quiere decir que haya ausencia de esta variable en profesionales del sexo femenino, sino que es menor en relación a los varones.

Cifre, Gracia, Lorente y Llorens, (2004), detectaron correlaciones negativas entre la satisfacción de los estudiantes y el cinismo, y entre la satisfacción y el agotamiento. Sin embargo, los estudiantes de esta muestra no padecen Burnout y poseen niveles positivos de satisfacción. Lo que confirma los resultados de la presente investigación, en donde pueden haber resultados significativos en algunas de las variables del MBI, y al mismo tiempo, que las personas desarrollen Bienestar y satisfacción en sus vidas, a nivel general.

Como hemos mencionado anteriormente, la satisfacción y el Bienestar Psicológico está relacionado con la etapa vital por la que atravesamos en determinados momentos. La mayoría de las personas que representan la muestra, transcurría sus primeros años como profesionales y es probable que la Realización Personal todavía no esté desarrollada en el ámbito laboral de sus vidas, de hecho los resultados de ésta investigación aseveran que a medida que aumenta la edad, también lo hace la Realización Personal, por lo que es importante considerar que este dato evoluciona con el tiempo. (Ver Tabla 7)

Al momento de analizar diferencias de género en Bienestar Psicológico y Burnout (Ver Tabla 5), se detectó que los profesionales hombres se encontrarían más realizados personalmente que las mujeres y mayormente despersonalizados. Sin embargo las mujeres se hallarían mayormente cansadas a nivel emocional que los profesionales del sexo opuesto.

Para lograr una interrelación de datos, es importante destacar que estos resultados son confirmados en la Tabla 6, donde se hace un análisis de aquellos ítems del MBI, que puntuaron elevadamente. También se detectó, en el análisis de variables sociodemográficas, que la Despersonalización aumenta, a medida que aumenta la cantidad de pacientes atendidos por día (Ver Tabla 10).

Fernández Martínez, Hidalgo Cabrera, Martín Tapia, Moreno Suárez, García del Río, y García B., (2007), investigaron el Burnout en médicos residentes que realizan guardias en servicios de urgencias, tuvieron en cuenta variables sociodemográficas que puedan influir en el síndrome, estas fueron género, edad, especialidad, entre otras. Los autores no encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, y consideraron que esas variables se relacionan poco con el grado de desgaste profesional. Este dato contraría a los resultados

obtenidos de la presente investigación. Sin embargo es importante destacar que la mencionada investigación tomo a una muestra de médicos de diferentes especialidades, a diferencia de la presente investigación que estudia una diversidad de profesiones.

Es importante tener en cuenta que los resultados aquí obtenidos, justifican tendencias, ya sea hacia la Realización Personal y Despersonalización en los profesionales del sexo masculino y en el Cansancio Emocional en el sexo femenino. Esto podría confirmarse si se aumentara la muestra de profesionales y se indagara más profundamente en estos aspectos en investigaciones futuras.

En el análisis del Bienestar Psicológico en relación al género, no se detectaron diferencias significativas, ya que prácticamente los puntajes son similares. (Ver Tabla 5).

No se hallaron investigaciones que indaguen el Bienestar Psicológico en profesionales, pero sí podemos mencionar estudios que indagaron dicha dimensión. Por ejemplo; Ballesteros, Medina, y Caycedo, (2006), detectaron que las diferencias de género, en la mayoría de las dimensiones evaluadas no presentan diferencias importantes. Mientras que Bravo-Yáñez y Jiménez-Figueroa, (2007), al investigar dicho constructo en funcionarios penitenciarios, eran las mujeres quienes se sentían mejor psicológicamente que los hombres. Este dato coincide con los obtenidos en la presenta investigación, dado que las mujeres obtuvieron puntajes levemente más elevados que los hombres en Bienestar Psicológico. Sin embargo, estas diferencias no son significativas.

Barra Almagiá (2011), observó que los individuos masculinos tendían a presentar puntajes ligeramente mayores que los femeninos en la mayoría de las dimensiones de bienestar, excepto en relaciones con otros. Estos resultados concuerdan con lo informado por Johnson et al. (2006, citado en Barra Almagiá 2011), quienes encontraron que los individuos masculinos mostraban mayor nivel de bienestar que los femeninos. Estos resultados contradicen a los obtenidos en el presente estudio. Sería importante, ampliar el número de la muestra de la presente investigación para determinar más precisamente estos datos.

Se llevó a cabo un análisis por ítem según el género (Ver tabla 6). Se detectaron diferencias significativas en los ítems 12, 15, 17, 20 y 21. Cabe aclarar que las consignas de los ítems 12, 17 y 21 evalúan Realización Personal; el ítem 15 evalúa Despersonalización y el 20 Cansancio Emocional. Esto demuestra nuevamente que los hombres se encuentran más realizados personalmente que las mujeres, y mayormente despersonalizados que éstas últimas.

Ávila Toscano, Gómez Hernández, y Montiel Salgado, (2010), confirman los resultados obtenidos en el presente estudio. Los autores detectaron que los hombres estaban más afectados que las mujeres, sin embargo éstas últimas tienen mayor tendencia al agotamiento emocional. Sobresalieron las dimensiones de despersonalización y cansancio emocional, las cuales están relacionadas con la cantidad de horas de trabajo diario y el servicio clínico desempeñado.

Al momento de analizar las correlaciones entre Bienestar Psicológico y Burnout con la edad de los profesionales (Ver Tabla 7), no se detectaron correlaciones significativas entre la edad con variables del Burnout y Bienestar Psicológico. Sin embargo, las tendencias de las correlaciones indican que a medida que aumenta la edad lo hace también el Cansancio Emocional ( $p=,061$ ;  $r=,744$ ) y la Realización Personal ( $p=,047$   $r=,804$ ); pero disminuyen los valores de Despersonalización ( $p=,219$   $r=,236$ ) como de Bienestar Psicológico ( $p=,295$   $r=,107$ )

Estos resultados coincidirían con una investigación realizada con médicos residentes que realizan guardias en servicios de urgencias, donde se encontró que los residentes más jóvenes obtienen puntuaciones más altas en Realización Personal y Cansancio Emocional. Este dato indica que si bien se sienten más agotados, obtienen mayores recompensas personales con la realización de su trabajo, posiblemente en relación con el entusiasmo inicial y el conocimiento de los resultados que se obtienen con esfuerzo (Fernández Martínez, Hidalgo Cabrera, Martín Tapia, Moreno Suárez, G. del Río García, 2007).

En relación al Bienestar Psicológico con la variable edad, una investigación que indagó este constructo en diferentes etapas del ciclo vital, detectó que los adultos mayores obtuvieron puntuaciones promedio más elevadas que el grupo de adultos jóvenes (Arias, Sabatini, Giuliani, Pavón, Polizzi, Zariello 2012). Contradiendo de este modo los resultados aquí encontrados, de que el Bienestar Psicológico disminuiría con la edad.

Vázquez y Hervás, en su libro: La ciencia del bienestar, consideran respecto a la juventud, gran parte de los sujetos de nuestra muestra, que hay una progresiva reducción del afecto negativo y un aumento del afecto positivo (Charles et al., 2001 en Vázquez y Hervás 2009) y, en general, se observa un incremento de la autoestima (Robins et al., 2002) y de la capacidad para regular emociones (Carstensen et al., 2000), dando lugar a un mayor equilibrio y por lo tanto, a un estado de Bienestar Psicológico.

Podría pensarse que cuando ya ha transcurrido un determinado tiempo en nuestra carrera profesional, el sentido de competencia con los demás y la despersonalización tienden a disminuir porque ya se ha logrado una estabilidad y un reconocimiento propio y de los demás.

Sin embargo puede ocurrir que las expectativas que uno tenía respecto a su desarrollo personal y profesional no sean las alcanzadas y por lo tanto, el Bienestar Psicológico disminuya.

Se analizaron las variables de MBI y BIEPS-A con las profesiones de Fonoaudiólogos y Kinesiólogos (ver Tabla 8). Se analizaron sólo esas profesiones dado que eran las más homogéneas entre sí. Con el resto de las profesiones se evitó hacer comparaciones por la heterogeneidad entre ellas y para evitar puntuaciones extremas. Se detectó que los Fonoaudiólogos poseen mayor Bienestar Psicológico que los Kinesiólogos ( $p=,048$ ). Sin embargo, los Kinesiólogos se sienten más realizados personalmente que los Fonoaudiólogos ( $p=,089$ ).

Barrazca Macías, Carrasco Soto y Arreola Corral (2007), establecieron que no existen diferencias significativas de síndrome de Burnout entre las profesiones estudiadas. Lo cual contradice los datos aquí obtenidos.

Paredes y Sanabria Ferrand (2008), observaron que un porcentaje significativo de los residentes (12.6%) presentó un alto nivel de Burnout y el análisis estadístico evidenció una asociación negativa entre el Burnout y el Bienestar Psicológico y entre éste último y las largas horas de trabajo. Es decir, bajos niveles de Bienestar Psicológico. Esto podría coincidir con los datos obtenidos respecto a los Kinesiólogos, sin embargo, es importante destacar que si bien estos últimos obtuvieron puntajes levemente más bajos que los Fonoaudiólogos, no indica Bajos niveles de Bienestar Psicológico. (Ver Tabla 8)

Es probable que los Fonoaudiólogos desarrollen mayor Bienestar Psicológico que los Kinesiólogos, dado que los primeros reciben una formación académica orientada a los pacientes, teniendo en cuenta cuestiones psicológicas que atraviesan éstos, de hecho a lo largo de su carrera tienen más materias referidas a la psicología que los Kinesiólogos. Haber aprendido materias sobre psicología podría ser una de las causas por las que éstas personas manifiestan mayor Bienestar Psicológico que los Kinesiólogos. Para los profesionales del lenguaje resultaría más fácilmente manejar situaciones complicadas con pacientes, comprender sus padecimientos y estar menos desbordados y despersonalizados que los Kinesiólogos.

Sin embargo, sería de gran importancia llevar a cabo investigaciones futuras, que indaguen estos aspectos, a través de técnicas como: entrevista en profundidad, para conocer específicamente cómo desarrollan este trabajo los profesionales y como manejan la relación con el paciente en una gran diversidad de situaciones.

A la hora de analizar Bienestar Psicológico y Burnout según el turno de trabajo (Ver Tabla 9), se detectó que los profesionales que trabajan en los turnos Mañana y Tarde poseen mayor Bienestar Psicológico que los que trabajan en el turno Tarde.

Este dato contradice a la investigación llevada a cabo por Blasco Espinosa, et al (2002), la cual supone que los turnos excesivamente largos y con pocos días de recuperación producen fatiga y cansancio acumulado, que a largo plazo repercuten en un peor rendimiento general, mayor somnolencia y un aumento en la accidentalidad.

Se podría pensar que los sujetos que trabajan en los turnos Mañana y Tarde están más cansados emocionalmente y levemente más despersonalizados que los que trabajan sólo en un turno, justamente porque están trabajando más tiempo. Sin embargo, desarrollan mayor Bienestar Psicológico que los que trabajan en un solo turno porque es probable que estén mayormente motivados, con fuertes deseos de obtener experiencia, y predispuestos a adquirir más aprendizaje.

En el análisis: Bienestar Psicológico y Burnout con horas de trabajo (Ver Tabla 10), se detectó que a medida que aumenta la cantidad de pacientes atendidos, aumenta la Despersonalización y, se observó una correlación negativa entre el Bienestar Psicológico con la cantidad de años transcurridos en el empleo actual ( $p=-,424$ ;  $r=-,017$ ). Este dato apoya, los resultados obtenidos en la Tabla 9, la cual ha sido analizada en el párrafo anterior.

Ávila Toscano, Gómez Hernández y Montiel Salgado (2010), establecieron que tanto la edad como el tiempo que llevan los empleados ejerciendo la profesión no muestran relaciones importantes con el desarrollo del Síndrome lo que refuerza los datos ofrecidos por otros autores con diversas muestras poblacionales (Boada i Grau et al., 2004; García-Izquierdo, 1991, citado en Ávila et al 2010). Sin embargo, frente al tiempo de desempeño las evidencias actuales son contrapuestas, pues algunos autores refuerzan la idea de la relación entre el Burnout y la antigüedad en el ejercicio de un cargo laboral (Aldrete et al., 2003, citado en Ávila et al 2010).

En las características socio-laborales evaluadas, sobresalen las relaciones significativas entre la carga de horas del trabajador y el nivel de agotamiento emocional, relación que parece lógica y define la intensidad de la tarea en materia de la exigencia física y ofrecimiento de respuestas de alerta como un indicador fisiológico que se puede asociar al Burnout. En los profesionales de la salud, generalmente los horarios demandan un alto nivel de esfuerzos físicos, cambios en las rutinas de vida, en los ciclos de sueño y alimentación entre otros, que pueden afectar sus ritmos de desempeño. Estas condiciones junto con el ejercicio de largas jornadas de trabajo continuo pueden asociarse de forma directa a la presentación de manifestaciones de fatiga que constituyen un elemento básico entre la sintomatología propia del Burnout.

Este dato comprueba una de las hipótesis del presente trabajo de investigación, la cual sostiene que a mayor cantidad de pacientes atendidos, mayor Burnout se detecta en los profesionales de la salud. Si bien no se detecta síndrome de Burnout, es significativo encontrar sentimientos de Despersonalización. (Ver Tabla 10)

La presencia de niveles bajos de Bienestar Psicológico en relación con la cantidad de años transcurridos en el empleo actual, puede deberse a las dificultades de adaptación al nuevo empleo, a la atención de pacientes con características particulares, al trato de supervisores y jefes, a la relación establecida entre compañeros de trabajo, entre otras cosas. Esto puede llevar un tiempo, y es importante considerar la particularidad de cada profesional en este proceso de adaptación.

## **CONCLUSIONES:**

El interés de esta investigación se basó en indagar los niveles de Bienestar Psicológico y Burnout que presentan los profesionales de la salud que trabajan con pacientes en estado de rehabilitación.

Se advierte, que si bien, el número de la muestra es importante, no es legítimo generalizar los resultados, ya que la muestra no posee características de representatividad al universo total de profesionales de la salud que trabajan en rehabilitación. Lo cual nos indica que las conclusiones sólo son válidas para la muestra estudiada.

Se detectó que los niveles de Bienestar Psicológico del total de la muestra puntúan en un nivel de clasificación Medio, lo cual implicaría que el total de los profesionales se sentirían satisfechos con sus vidas, en términos generales. Además, el hecho de que posean un nivel de Bienestar promedio es de gran importancia por el tipo de trabajo que realizan estas personas, ya que es probable que mientras desarrollen Bienestar Psicológico, realicen mejor su trabajo, se hallen más motivados, satisfechos, realizados y optimistas con su labor. Asimismo, trabajar atendiendo a pacientes (independientemente de la profesión), es algo que genera estrés y gran desgaste, por lo que a partir de la existencia de Bienestar, es probable que los profesionales den un mejor y adecuado trato a sus pacientes, revelen mayor empatía hacia ellos y puedan motivarlos a salir adelante, a partir de su propio Bienestar.

Se pudo evidenciar que del total de la muestra, no hay sujetos que presenten Burnout. Para padecer dicho síndrome es necesario obtener puntuaciones altas en las variables Cansancio Emocional y Despersonalización; y puntuaciones bajas en Realización Personal (Maslach y Jackson, 1986). En el grupo estudiado, se detectó que los profesionales hombres se encuentran más realizados personalmente que las mujeres y mayormente despersonalizados. Sin embargo las mujeres se hallan mayormente cansadas emocionalmente que los hombres. De igual modo, los datos obtenidos indican la no existencia del síndrome en ambos sexos. Lo que habla de una diferencia de género a ser explorada en futuras investigaciones.

El hecho de que las mujeres hayan obtenido mayor cansancio emocional que los hombres quizá tenga que ver con que las primeras tienden a ser más afectuosas y mayormente comprometidas con la atención al paciente, ya que tienden a desarrollar más empatía que los varones. Trabajar con personas en rehabilitación implica trabajar con comprensión, compromiso y dedicación, ya que estas personas han sufrido grandes padecimientos y dolor, han perdido parte de su salud y necesariamente deben cambiar sus formas de vivir, por lo que esto comprende atravesar por duelos difíciles y es fundamental que el profesional acompañe al sujeto que padece, lo contenga y posea el suficiente Bienestar y resiliencia para hacer frente a estas situaciones que, en mayor o menor medida, los afectan y conviven con ello a diario.

Las características de pacientes que atienden son particulares, muchos de ellos tienen enfermedades crónicas, por lo cual llevan varios años en instituciones de rehabilitación y tiende a formarse un vínculo entre ambos. Podría investigarse cómo es este vínculo, cómo influye en el tratamiento y en la elaboración del duelo por la salud perdida del paciente.

Podría ser relevante investigar, si estas instituciones contienen de alguna manera a los profesionales, dado que es fundamental que esta contención exista por las exigencias a las que están expuestos, por la angustia que puede generar estar en contacto permanente con el sufrimiento. Y si esto, no está funcionando, es imprescindible elaborar planes o proyectos que comienzan a incluir estos propósitos en las instituciones, que además de tener en cuenta la atención del paciente, se responda de algún modo a las necesidades del profesional. Es fundamental prestar atención a estos aspectos, ya que, como lo plantea la Psicología Positiva hay que hacer hincapié en los aspectos saludables de las personas y utilizar las fortalezas, recursos y potencialidades de éstas para el crecimiento personal y profesional. Esto puede servir, no solo para llevar a cabo un buen funcionamiento psicológico, sino también, para diseñar intervenciones eficaces.

Dado que algunos autores como Gil Monte y Peiró (1997, citado en Ortega Ruiz, y López Ríos, 2004) y Aldrete (2003), han considerado que la atención a pacientes, ya sea a corto o largo plazo, genera síndrome de Burnout, es importante que las instituciones que se dedican a la salud tengan en cuenta, hacer promoción y prevención del síndrome en los profesionales. Ya que éstos, en el ejercicio de su profesión requieren de un despliegue de actividades que implica un control mental y emocional de mayor rigor que en otras disciplinas, ya que es una tarea expuesta a múltiples agresiones, como la manipulación de pacientes con pronóstico sombrío, la necesidad de brindar cuidados no solamente intensivos, sino también prolongados; también se exige alta concentración y responsabilidad que traen como consecuencia desgaste físico y mental y la exigencia de un espíritu mantenido y presionante de compartir con el enfermo y su familia, las horas de angustia, depresión y dolor. Es de suma importancia que los profesionales de la salud lleven a cabo un desarrollo de habilidades sociales y comunicativas para proveerse de recursos y, a partir de esto, sean más competentes en sus intervenciones con los demás, al tiempo que se favorecen todas las posibilidades para amortiguar la aparición del Burnout.

Si bien, la investigación ha arrojado datos que permiten ampliar el conocimiento de los factores estudiados, se deja abierta la posibilidad de investigar cuestiones relativas al presente trabajo, con el objetivo de profundizar más en la temática.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Algarín Fiestas, M. I.; Díaz Borrego, P; Cayuela Domínguez, A; Expósito Tirado, J. A; Echevarría Ruiz de Vargas, C; Del Pino-Algarrada, R. (2004). Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (burnout) en los servicios de rehabilitación. [versión electrónica]. *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física* 2 (59-65). Consultado el 23 de junio de 2012 en [http:// www.elsevier.es/.../prevalencia-factores-asociados-al-sindrome-estar](http://www.elsevier.es/.../prevalencia-factores-asociados-al-sindrome-estar)
- Arias, C. F.; Sabatini, M. B.; Giuliani, M. F.; Pavón, M.; Polizzi, L; Zariello M. F. (2012). Bienestar psicológico en diferentes etapas del ciclo vital: un estudio comparativo en cuatro grupos de adultos de la Ciudad de Mar del Plata. Mar del Plata. [Psiquiatria.com](http://Psiquiatria.com)
- Ávila Toscano, J. H; Gómez Hernández, L. T; Montiel Salgado, M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. [versión electrónica] *Pensamiento Psicológico*, 15 (39-52). Consultado el 23 de junio de 2012 en [http:// redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp =80115648004](http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80115648004)
- Baidal, J. (2006). Síndrome de burnout en enfermeros, un factor individual u organizacional en este universo. (Tesina de Licenciatura en Psicología). Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua, Mendoza, Argentina.
- Ballesteros B. P.; Medina, A.; Caycedo, C. (2006). El bienestar psicológico definido por asistentes a un servicio de consulta psicológica en Bogotá, Colombia. [versión electrónica] *UniversitasPsychologica*, 002. (239-258). Consultado el 13 de mayo de 2012 en [http:// www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64750204](http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64750204)
- Blasco Espinosa J. R.; Llor Esteban B.; García Izquierdo M.; Sáez Navarro M. C.; Sánchez Ortuño M. (2002). Relación entre calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. [versión electrónica]. *Mapfre Medicina* 13 (258-267). Consultado el 10 de junio de 2012 en [http:// sid.usal.es/idocs/F8/ART8655/relacion.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/ART8655/relacion.pdf)
- Barra, E. (2010). Bienestar psicológico y orientación de rol sexual en estudiantes universitarios. [versión electrónica]. *Terapia Psicológica*. 1, (119-125). Consultado el 28 de agosto de 2012 en [http:// www.scielo.cl/scielo.php?pid=0718-48082010000100011](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=0718-48082010000100011)

- Barrazca Macías, A; Carrasco Soto, R; Arreola Corral M. G; (2007). Síndrome de Burnout: Un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango. Universidad pedagógica de Durango. México.
- Bravo Muñoz, S. (2004). Apuntes de clase. Documento de cátedra Psicología Laboral y Organizacional. Universidad del Aconcagua. Mendoza
- Bravo-Yáñez, C; Jiménez-Figueroa, A. (2011) Bienestar psicológico, apoyo organizacional percibido y satisfacción laboral en funcionarios penitenciarios de Chile. [versión electrónica]. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 3 (91-99). Consultado el 13 de mayo de 2012 en [http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v13n3/04\\_original3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/sanipe/v13n3/04_original3.pdf)
- Britos M.; Estigarribia R. (2010). Bienestar Psicológico en estudiantes universitarios en relación al tiempo de uso de las tics. [versión electrónica]. *Eureka* 1 (129-143). Consultado el 17 de mayo de 2012 en <http://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/.../eureka-7-1-10-13.pdf>
- Buendía, J.; Ramos, F. (2001). Empleo, estrés y salud. Madrid. Ed. Pirámide.
- Carloto, M. S.; y Gobbi M. D. (2001). Desempleo y síndrome de burnout. [versión electrónica]. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 1 (5), 131-139. Consultada el 12 de junio de 2012 en <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/.../19591>
- Castro Solano, A. (2009). El bienestar psicológico: cuatro décadas de desarrollo. [versión electrónica]. *Revista Interuniversitaria de formación de profesorado*, 66 (23,3). Consultado el 17 de mayo de 2012 en [http://www.aufop.com/aufop/uploaded\\_files/articulos/1258587233.pdf](http://www.aufop.com/aufop/uploaded_files/articulos/1258587233.pdf)
- Casullo, M.M. (2000). Psicología Salugénica o positiva. Algunas reflexiones. Anuario de investigaciones. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, 8, (340-346).
- Casullo, M; Castro Solano, A. (2002) (compiladora). “Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica”. Buenos Aires. Paidós.
- Cifre, E.; Gracia, E.; Lorente, L.; Llorens, S. (2004). “Estrategias de mejora del Bienestar Psicológico de los estudiantes universitarios”. [versión electrónica]. *Fórum de Recerca*. 9 (2-10). Consultado el 19 de mayo de 2012 en <http://genet.csic.es/sites/.../files/cv/>

- Coppari, N.; Argaña, B.; Bartels, D.; Bilbao, A.; Bittar, L.; Díaz, A.; Díaz, L.; Garay, F.; Gómez, J.; Paiva, V.; Paredes, L. (2012). Niveles de Bienestar Psicológico en estudiantes de secundaria de dos instituciones educativas (pública y privada) de Asunción. [versión electrónica] *Eureka* 1 (47-57). Consultado el 21 de mayo de 2012 en <http://www.psicoeureka.com.py/sites/default/files/.../eureka-9-1-12-5.pdf>
- Cosentino, A. (2010). Las fortalezas del carácter. En A. Castro Solano (Comp.), *Fundamentos de psicología positiva*. (pp. 111-135). Buenos Aires: Paidós.
- Fernández Martínez, O; Hidalgo Cabrera, C; Martín Tapia, A; Moreno Suárez, S; García del Río García B. (2007). Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. [versión electrónica]. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias* 3 (116-121). Consultado el 23 de junio de 2012 en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2303782>
- Gancedo, M. (2006). Virtudes y fortalezas: al revés de la trama. [versión electrónica]. *Psicodebate*, 7 (67-80). Consultado el 10 de abril de 2012 en <http://www.dialogos.unsl.edu.ar/>
- Gancedo, M. (2008 a) Historia de psicología positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones. En M. M. Casullo (Ed.). *Prácticas en psicología positiva*. (pp 11-38). Buenos Aires. Lugar Editorial.
- Gancedo, M. (2008 b) Psicología positiva: posible futuro y derivaciones clínicas. *Psicodebate*, 9, 15-26. Buenos Aires: Universidad de Palermo.
- Gancedo, M. (2011). La Psicología Positiva: su primera década de desarrollo. [versión electrónica]. *Diálogos*. 1 (67-77). Consultado el 10 de abril de 2012 en [http://www.dialogos.unsl.edu.ar/.../la\\_psicologia\\_positiva/](http://www.dialogos.unsl.edu.ar/.../la_psicologia_positiva/)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista Lucio (1998) “Metodología de la Investigación”. (2º ed.) México. Editorial Mc Graw Hill.
- Ibáñez, N; Vilaregut, A; Abio, A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. [versión electrónica]. *Enferm. clín.* 3 (142-151). Consultado el 23 de junio de 2012 en <http://www.elsevier.es/.../prevalencia-síndrome-Burnout/>

- Mariñelarena-Dondena, L. y Gancedo M. (2011). La Psicología Positiva: su primera década de desarrollo. [versión electrónica]. Diálogos. N°1, 67-77. Consultado el 17 de abril de 2012 en [http:// www.dialogos.unsl.edu.ar/.../la\\_psicologia\\_positiva\\_\\_su\\_primera\\_de\\_desarrollo/](http://www.dialogos.unsl.edu.ar/.../la_psicologia_positiva__su_primera_de_desarrollo/)
- Martínez Pérez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. [versión electrónica]. *Vivat Academia*. 12 (112) 4- 17 Consultado el 29 de junio en <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOS.Htm>
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California. Madrid: TEA.
- Ortega Ruiz, C.; López Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. [versión electrónica]. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4 (1) p 137-160. Consultado el 20 de junio de 2012 en [http:// redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33740108.pdf](http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33740108.pdf)
- Páramo, M. A. (2009) Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA), 5ª edición. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Paredes, O; SanabriaFerrand, P.A; (2008). Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. [versión electrónica] *Revista Med*. 1 25-32. Consultado el 18 de junio de 2012 en [http:// redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91016105](http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=91016105)
- Quiceno, M. J.; Vinaccia Alpe, S. (2007). Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)". [versión electrónica]. *Acta colombiana de Psicología*. 10 (2) 117-125. Consultado el 20 de junio de 2012 en [http:// www.scielo.unal.edu.co/scielo.php](http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php)
- Seligman, M. (2005). La autentica felicidad. Buenos Aires. Byblos Ediciones.
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. [versión electrónica]. *Papeles del Psicólogo*, 27 (1), 1-2. Consultado el 10 de abril de 2012 en [http:// www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/publicaciones.html](http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/publicaciones.html)
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. M. Y (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. [versión electrónica]. *Psicología conductual*. 3, (4) 401,432. Consultado el 10 de abril de 2012 en [http:// ww.ucm.es/.../2006-Intervenciones%20positivas%20Ps.%20Conducta/](http://www.ucm.es/.../2006-Intervenciones%20positivas%20Ps.%20Conducta/)

- Vázquez, C. y Hervás, G. (2008). Salud positiva: del síntoma al bienestar. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds). *Psicología positiva aplicada* (pp 17-39). Bilbao: Deelée de Brouwer.
- Vázquez, C.; Hervás, G. (2009). *La ciencia del Bienestar. Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid. Alianza Editorial



## MBI

### DATOS PERSONALES:

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo:  Varón  Mujer Edad:   años

Estado Civil:  Soltero  Casado

Divorciado  Viudo

Otro: \_\_\_\_\_

Si está casado ¿cuántos años lleva casado con su actual pareja?   Años

No tengo hijos  Sí tengo hijos

Si tiene hijos ¿cuántos viven con usted?   Hijos

### Nivel de estudios alcanzado:

Estudios Primarios  Bachillerato Superior

Algunos cursos Universitarios  Licenciado

Profesión Actual: \_\_\_\_\_

Situación Laboral:  Trabajador Fijo  Contratado

Otra: \_\_\_\_\_

Horario: Turno \_\_\_\_\_

Tiempo en su trabajo actual: Años:   Meses:

Tiempo en esta profesión: Años:   Meses:

¿Cuántos pacientes atiende por día aproximadamente? \_\_\_\_\_

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

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.....
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.....
3. Me siento fatigado cuando tengo que enfrentarme con otro día trabajo.....
4. Fácilmente comprendo cómo se sienten las personas.....
5. Creo que trato a algunas personas como si fuesen objetos impersonales.....
6. Trabajar todo el día con personas es un esfuerzo.....
7. Trato muy eficazmente los problemas de las personas.....
8. Me siento “quemado” por mi trabajo.....
9. Creo que estoy influyendo positivamente son mi trabajo en las vida de los demás.....
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.....
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.....
12. Me siento muy activo.....
13. Me siento frustrado en mi trabajo.....
14. Creo que estoy trabajando demasiado.....
15. No me preocupa realmente lo que les ocurre a algunas personas a las que doy servicio...
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.....
17. Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con las personas a las que doy servicio...
18. Me siento estimulado después de trabajar en contacto con personas.....
19. He conseguido muchas útiles en mi profesión.....
20. Me siento acabado.....
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.....
22. Creo que las personas que trato me culpan de algunos de sus problemas.....