

**UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



# **TESINA DE LICENCIATURA**

**“Sentido de Coherencia como variable mediadora ante el Síndrome del Burnout. Una mirada desde el modelo salutogénico.”**

**Evaluación y análisis cuantitativo del nivel de afectación del Síndrome del Burnout y del nivel del constructo Sentido de Coherencia en profesionales de la salud mental pertenecientes al ámbito público.**

**Alumna:** Micaela López D'Ambola

**Director:** Lic. Marcelo Ahumada

**Mendoza, Abril de 2014**

# **Hoja de Evaluación**

## **TRIBUNAL**

**Presidente:**

**Vocal:**

**Vocal:**

**Profesor invitado: Lic. Marcelo Ahumada**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mi familia por el amor y apoyo incondicional. Gracias por la paciencia, las palabras adecuadas y los silencios en los momentos oportunos.

A mis amigas colegas, compañeras de carrera y compañeras de vida gracias por estar al lado mío en cada momento importante de mi vida, por escucharme generosamente y transmitirme fuerza cuando más lo necesito.

A mis amigas de siempre, por llenar de alegría mis días y brindarme todo el cariño y afecto.

Gracias a Dios y a mi nona querida que me ilumina y me guía desde el cielo todos los días.

Al Lic. Marcelo Ahumada, por dedicarme su tiempo, por ayudarme y guiarme en el desempeño de la presente Tesina.

## **RESUMEN**

La presente investigación propone una revisión del proceso del Síndrome del Burnout, instaurado como problemática actual en el ámbito sanitario. Este es analizado desde el enfoque salutogénico, tomando la variable Sentido de Coherencia como posible mediadora en los procesos de salud.

El tipo de estudio de investigación es cuantitativo. Es una investigación no experimental tipo descriptiva correlacional.

Se trabaja con una muestra no probabilística de profesionales de la salud mental, con una edad entre 25-55 años pertenecientes al Programa de Prevención de Maltrato infantil, área de salud mental, en Mendoza-Argentina.

El trabajo de campo es realizado mediante la instrumentalización del Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach y Jackson, 1986) y Escala Sentido de Coherencia – SOC- (Casullo, 1995). Los mismos son aplicados a toda la muestra de profesionales de la salud mental anteriormente definida.

Se intentó conocer la relación que existe entre las variables de ambos constructos (MBI y SOC) en un contexto particular (ámbito público, Programa de Maltrato Infantil de la Provincia de Mendoza, Argentina).

Por último, se realizó un procesamiento de los datos, mediante pruebas estadísticas descriptivas. A partir del análisis exhaustivo de los datos, se comprobó que existe un SOC Alto y Medio en la muestra de profesionales encuestados. Asimismo se corroboró que la población de sujetos encuestada no muestra signos de padecimiento del Síndrome del Burnout; lo cual corroboraría la hipótesis fundante de la presente investigación. Sin embargo, la variable “Cantidad de Horas Semanales” parecería actuar como factor de riesgo ante la posible manifestación del Síndrome.

## **Abstract**

This research proposes a review of the Burnout Syndrome, established as a current problem in the health field. This is analyzed from the Salutogenic Model, taking the Sense of Coherence variable as a possible mediator in the processes of health.

The type of research study is quantitative. It is a descriptive correlational non-experimental research type.

It was worked with a nonrandom sample of mental health professionals, aged between 25-55 years belonging to the "Programa de Prevención de Maltrato infantil" in Mendoza- Argentina.

Field work was performed through the instrumentation of the Maslach Burnout Inventory (MBI , Maslach and Jackson , 1986) and Sense of Coherence Scale - SOC (Casullo , 1995). They were applied to the entire sample of mental health professionals defined above.

It was attempted to find the relationship between the variables of both constructs (MBI and SOC) in a particular context (public sector, Programa de Prevención de Maltrato infantil, Mendoza, Argentina).

Finally, it was done a data processing work by descriptive statistics tests. From the thorough analysis of the data, it was found that there is an Upper and Middle SOC in the sample of professionals. It was also confirmed that the professionals show no signs of suffering from Burnout Syndrome; which corroborate the foundational assumption of the present investigation. However, the variable "Number of Weekly Hours" would seem to act as a risk factor for the possible manifestation of the Burnout Syndrome.

## INDICE

Título.....	pág. 2
Hoja de Evaluación.....	pág. 3
Agradecimientos.....	pág. 4
Resumen .....	pág. 5
Abstract.....	pág. 6
Índice.....	pág. 7
Introducción.....	pág. 10

## PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

<u>Capítulo I. El Estrés</u> .....	pág.14
I.1 Las fuentes de Estrés.....	pág.19
I.2 Modelos teóricos.....	pág.20
I.2.3 El estrés como proceso .....	pág.20
I.2.2 El estrés como respuesta.....	pág.21
I.2.1 El estrés como estímulo.....	pág.23
<u>Capítulo II. El Estrés</u>	
<u>Laboral</u> .....	pág.26
II.1 Desencadenantes del estrés laboral.....	pág.29
II.1.1 Entorno objetivo: desencadenantes del estrés laboral.....	pág.29
II.1.2 Entorno subjetivo: experiencia de estrés.....	pág.31
II.1.3 Diferencias individuales .....	pág.32
II.2 Resultados y consecuencias.....	pág.34

<b>Capítulo III. Síndrome de Burnout: Una forma de Estrés Laboral</b> .....	pág.36
III.1 Evolución del Síndrome de Burnout.....	pág.42
III.2. Diferencias con otros conceptos.....	pág.45
III.3 Modelos teóricos.....	pág.47
III.4 Variables predisponentes.....	pág.51
III.4.1 Variables personales.....	pág.52
III.5 El burnout y las profesiones de la salud.....	pág.54
III.6 Estrategias de Prevención.....	pág.55
<b>Capítulo IV. Historia y Antecedentes del Modelo Salutogénico</b> .....	pág.57
IV.1 Definiendo la Psicología Salutogénica o Positiva.....	pág.61
IV.2 Enfoque salutogénico en la Argentina.....	pág.62
IV.3 El modelo Salutogénico: Su influencia en la Promoción de la Salud.....	pág. 67
<b>Capítulo V. Inquietudes de un médico sociólogo: Nacimiento del Modelo Salutogénico por Aaron Antonovsky</b> .....	pág.69
V.1 Dos conceptos fundamentales: “Sentido de Coherencia y Recursos Generales de Resistencia”.....	pág.74
V.1.1 Dimensiones del SOC.....	pág.76
V. 2 Evolución del SOC.....	pág.77
V.3 Medida del SOC: Cuestionario de Orientación ante la Vida (OLQ).....	pág.78
V.4 El sentido de Coherencia y el Estrés.....	pág.80
V.5 El Sentido de Coherencia y la Salud.....	pág.83



## **SEGUNDA PARTE: MARCO METODOLÓGICO**

<b><u>Capítulo VI. Metodología de la Investigación</u></b> .....	pág.87
VI. 1 Problema de investigación.....	pág.88
VI.2 Hipótesis de trabajo.....	pág.89
VI.3 Objetivos del estudio.....	pág.89
VI. 4 Tipo de Estudio .....	pág.90
VI.5 Diseño de investigación.....	pág.90
VI.6 Muestra .....	pág.90
VI.7 Instrumentos.....	pág.91
VI. Procedimiento Metodológico.....	pág.98
<b><u>Capítulo VII Presentación y discusión de resultados</u></b> .....	pág.99
<b>CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS</b> .....	pág.110
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	pág.115
<b>ANEXO</b> .....	pág.122
Anexo A.....	pág.123
Anexo B.....	pág.129
Anexo C.....	pág.133

# **Introducción**

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el Síndrome del Burnout es proclamado según la OMS (2005, citado en Chávez, 2008, 4) “como uno de los cinco problemas sanitarios más graves, tanto por la alta prevalencia de afectación en profesionales de la salud como por las posibles consecuencias en la población asistida por dichos profesionales.”

Dado el nivel de gravedad que representa hoy en día el Síndrome del Burnout en el ámbito sanitario, ésta investigación plantea como puntapié inicial, un cambio de mirada. Observar la problemática desde otra óptica; el modelo salutogénico, y desde allí poder evaluar que se puede realizar para potenciar la salud del personal sanitario.

El objetivo general de esta Tesina es verificar empíricamente que el constructo salutogénico “Sentido de coherencia” funciona como protector frente al impacto subjetivo de los eventos estresantes vivenciados en el ámbito sanitario.

La hipótesis que conduce esta investigación es la siguiente:

“¿Existe relación entre la puntuación obtenida en la Escala Sentido de Coherencia y la puntuación obtenida en el Cuestionario del Síndrome del burnout, en una población integrada por profesionales de la salud mental con una edad entre 25-55 años pertenecientes al ámbito público?”

El trabajo de campo es llevado a cabo mediante la aplicación del cuestionario MBI y la Escala Sentido de Coherencia a una muestra seleccionada de profesionales de la salud mental pertenecientes al ámbito público.

A partir de los resultados arrojados por los cuestionarios, se intenta determinar cómo el Sentido de coherencia guarda relación con la salud influyendo en el proceso de evaluación que una persona hace de las situaciones como estresantes o no, moderando el grado de tensión que un estresor produce y atenuando las consecuencias adversas para la salud.

La **Primera Parte** de la presente investigación consiste en una revisión exhaustiva de la literatura. La misma consta de 5 capítulos, los cuales son detallados a continuación.

En el **capítulo I** del marco teórico se trabaja el concepto de Estrés, las fuentes que lo originan y los modelos teóricos que lo definen.

En el **capítulo II** se desarrolla el Estrés Laboral y los desencadenantes del mismo.

En el **capítulo III** se aborda el constructo Síndrome de Burnout como manera particular de desarrollarse el Estrés Laboral. Se detallan las dimensiones del constructo así como también la evolución que manifiesta el Síndrome. A su vez se describen las diferencias que mantiene con otros conceptos y las variables predisponentes. Finalizando el capítulo, se especifican los distintos modelos teóricos que describen el Síndrome y las posibles estrategias de intervención.

En el **capítulo IV** se explica la historia y los antecedentes del modelo salutogénico, el pasaje del modelo médico al modelo positivo de la salud.

En el **capítulo V** se expone el nacimiento del modelo salutogénico propuesto por el autor Aaron Antonovsky. Se definen los constructos: Recursos Generales de Resistencia y el Sentido de Coherencia. Se especifican las dimensiones del Sentido de Coherencia y se explica la evolución del mismo. Asimismo, se describe el Cuestionario de Orientación ante la vida y la Escala Sentido de Coherencia. Finalmente, se muestra la relación establecida entre las variables Sentido de Coherencia, Estrés y Salud.

La **Segunda Parte** de la presente Tesina consiste en el marco metodológico de la investigación. Este presenta dos capítulos;

En el **capítulo VI** se exponen los objetivos e hipótesis de la investigación, la metodología e instrumentos seleccionados, descripción de la muestra y procedimiento metodológico.

En el **capítulo VII** se realiza una presentación y discusión de los resultados mediante pruebas estadísticas descriptivas. Se evalúa el Síndrome de Burnout y el Sentido de Coherencia en la muestra de profesionales de la salud mental seleccionada, para finalmente integrar los resultados obtenidos y arribar a los parámetros concluyentes de la investigación que permitan dar respuesta a los objetivos formulados.

Para finalizar, se presentan las **Conclusiones y Sugerencias**, en las cuales se intenta responder a las preguntas y objetivos planteados al inicio de este trabajo.

# **Primera Parte: *Marco Teórico***

# **Capítulo I: El Estrés**

## **Capítulo I**

El estrés es, sin duda, uno de los fenómenos más generalizados en la sociedad actual. Constituye una de las experiencias vitales más comunes y conocidas. Es un concepto complejo, por lo cual su delimitación conceptual es ambigua, dando lugar a múltiples perspectivas sobre su significado y sobre los resultados o consecuencias que, de su experiencia, se derivan.

Desde una perspectiva histórica la palabra estrés, de origen latino, ha sufrido diversos cambios en su aceptación.

La aparición del término y su uso no científico lo encontramos en el siglo XIV. Se utilizaba con el significado de tensión, adversidad, aflicción. A finales del siglo XVIII, Hocke lo utilizó en el ámbito de la física. Pero es a partir del siglo XIX, cuando su uso se extiende. Bernard en 1867 afirmaba que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar al organismo y que éste para mantener su propio ajuste frente a tales cambios intenta alcanzar la estabilidad (De la Gándara, 1998 citado en Moriana Elvira, 2002)

Probablemente, la connotación más extendida en el lenguaje coloquial es la que asocia el término estrés con una experiencia negativa; es decir, con una vivencia desagradable que siempre conlleva consecuencias adversas para la salud física, psicológica y social del individuo que la vive.

No obstante, esta creencia no es correcta, se ha demostrado a través de numerosas investigaciones que la presencia de un determinado nivel de estrés puede tener efectos beneficiosos para el individuo, favoreciendo una respuesta eficaz a las diferentes demandas del entorno. Es por esto, que algunos autores (Selye, 1956; Edwards & Cooper, 1988 citado en Fernández Martínez, 2009) han acuñado dos términos distintos para aludir a la vivencia de estrés; eustrés, hace referencia a la experiencia positiva y distrés a la experiencia negativa.

Esta diferenciación va a tener importantes repercusiones en el estudio del estrés laboral, pues si bien la experiencia de estrés en el contexto organizacional suele conllevar, sobre todo, consecuencias adversas para la salud física y psicológica del trabajador, también es cierto que es necesario un nivel óptimo de activación en el trabajador para conseguir un desempeño laboral satisfactorio.

En 1973 Selye introdujo el concepto de estrés en el ámbito de la salud, identificándolo como causa común de muchas enfermedades. Desde ese entonces ha sido muy utilizado por los profesionales de ciencias de la salud y de otros ámbitos.

La gran controversia sobre su definición ha llevado a algunos autores a realizar un proceso de síntesis, categorizando las múltiples versiones elaboradas en el estudio y explicación de la experiencia de estrés.

En este sentido, los autores Cox y Mckay en 1981, describen cuatro categorías principales (Ardid & Zarco, 2001)

**1.- Como un conjunto de estímulos.** El concepto de estrés se ha utilizado para designar la situación que desencadena su experiencia o vivencia. Así pues, se hace hincapié en los estímulos del entorno y en las características del ambiente como los principales causantes de la respuesta de tensión emitida por el individuo.

**2.- Como una respuesta.** Focaliza la atención en la persona, considerando que el término estrés se refiere a las respuestas fisiológicas o psicológicas que tiene el individuo ante determinados estímulos (estresores) del ambiente. En este caso el estrés actúa como variable dependiente.

**3- Aparece un nuevo elemento; la percepción del individuo.** Se centra en la percepción del individuo, concebida como la variable a través de la cual la persona interpreta y modula el carácter estresante o no de una determinada situación.

**4- Como un proceso.** Se recogen las definiciones que hablan del estrés como la transacción entre individuo y ambiente, considerando esta interacción como un proceso dinámico y recíproco. Según Lazarus y Folkman, se matiza y amplía el concepto de estrés, pues se tiene en cuenta la retroalimentación que el individuo ofrece al ambiente. Por tanto, una vez que la persona percibe y valora una situación como estresante emite, en función de las estrategias de que disponga, una respuesta de afrontamiento a tal situación.

Esta clasificación será expuesta en profundidad más adelante en el apartado de Modelos Teóricos del Estrés.

Hans Selye (1960, citado en Fernández Martínez, 2009, 27) define el estrés como:

El estado que se manifiesta por un síndrome específico consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico pero sin una causa particular. "Una respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda realizada sobre él. Es un proceso psicofisiológico desencadenado por una situación de demanda. Aunque los factores estresantes varían, desencadenan la misma respuesta biológica.

Es inespecífica porque ocurre en forma similar ante estímulos muy diversos. El estímulo percibido puede ser agradable o desagradable. Así las continuas necesidades de ajuste interno y externo para la supervivencia, movilizan nuestros recursos físicos y mentales mediante esa respuesta general que es el estrés. El estrés no era para Selye una demanda ambiental, a la cual llamó estímulo agresor o estresor, sino un conjunto de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a esa demanda. Su modelo es el prototipo de las teorías basadas en la respuesta.

Si bien Hans Selye sentó las bases del concepto de estrés en el campo de la salud, las primeras aplicaciones del término a este campo tienen como antecedente a



Bernard en 1867, quien propuso el concepto de equilibrio o constancia del medio interno corporal, esencial para el mantenimiento de una vida saludable; y a Cannon en 1932, quien desarrolló la noción de homeostasis para denotar la vuelta constante al estado ideal de equilibrio de un organismo después de ser alterado por las demandas del medio.

Por lo tanto, un organismo se hace más vulnerable a las enfermedades cuando su equilibrio se altera y, sobre todo, cuando permanece crónicamente alterado. Para Cannon la homeostasis constituye el conjunto coordinado de procesos fisiológicos encargados de regular las influencias del medio externo y las respuestas correspondientes del organismo. En este contexto el estrés se entiende como un estímulo o factor del medio que exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos.

Junto a estos conceptos de estrés biológico, Engel (1962, citado en Fernández Martínez, 2009, 27) define el estrés psicológico:

Como todo proceso originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona que implica un apremio o exigencia sobre el organismo y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de la defensa, antes de que sea activado ningún otro sistema.

Toro define el estrés como un fenómeno genérico basado en un modelo interactivo incluíble en la concepción biopsicosocial de los procesos de salud y enfermedad. (Toro, 1983 citado en Fernández Martínez, 2009)

Posteriormente los autores Lazarus y Folkman (1986, citado en Fernández Martínez, 2009, 28) lo definen;

El estrés psicológico es el resultado de una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por este como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar, se centran en la relación entre la persona y su entorno, y en la apreciación por parte de la persona de que su entorno le exige demasiado o sobrepasa sus recursos y es perjudicial para su bienestar.

Hay que tener en cuenta que las diferencias individuales juegan un papel significativo en los procesos de estrés. Los factores individuales tales como características predisponentes, motivaciones, actitudes y experiencias determinan cómo las personas perciben y valoran las demandas; esta evaluación influye sobre los estilos de afrontamiento, las respuestas emocionales y a largo plazo en los resultados de salud.

El que se dispare la respuesta de estrés depende principalmente de aspectos perceptivos. La activación fisiológica desencadenada por la evaluación que el sujeto hace de la situación y de sus habilidades para hacerle frente (evaluación primaria y secundaria) pone de relieve, una vez más, la importancia de los aspectos cognitivos como determinantes de la respuesta de estrés (Labrador, 1992 citado en Fernández Martínez, 2009).

La evaluación cognitiva es mediadora entre los estímulos y las reacciones de estrés. Según Sarafino (1999, citado en Fernández Martínez, 2009) estrés es el estado que aparece cuando las transacciones persona-ambiente dan lugar a que el individuo perciba una discrepancia entre las demandas del ambiente y los recursos de la persona. El estrés se produce como consecuencia de un desequilibrio entre las demandas del ambiente y los recursos disponibles del sujeto. Cuando esta demanda es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen se va a desarrollar una serie de reacciones adaptativas de movilización de recursos que implican activación fisiológica.

Es decir, que el estrés, también puede ser definido en términos de demandas (estresores) y recursos. Cuando un individuo pierde sus recursos internos o externos, se encuentra a merced de la demanda y entonces experimenta estrés. Los recursos externos incluyen el apoyo social (familia, amigos, compañeros) y actividades relajantes, así como los recursos internos se refieren a las variables psicológicas moduladoras del papel patógeno del estrés, entre las que están las habilidades de afrontamiento, la percepción de control, las expectativas, los conocimientos, las actitudes y los valores del individuo, que pueden ayudarle a aminorar el estrés.

En general, se asume que el estrés puede alterar la salud actuando a cuatro niveles al menos, que a su vez están relacionados entre sí. Estos son:

1. Alteración de los mecanismos fisiológicos (fundamentalmente los mecanismos neuroendocrinos)
2. Adopción de estrategias de afrontamiento inadecuadas.
3. Establecimiento de alteraciones fisiológicas con estrategias de afrontamiento (coping).
4. Alteración de procesos psicológicos.

La alteración de los mecanismos fisiológicos parece ser la vía más importante por la cual el estrés psicológico influye sobre la salud, fundamentalmente la salud física.

El estrés interviene en todos los ámbitos en los que se desenvuelve el individuo y ejerce un impacto psicofisiológico perjudicial que desempeña un papel desencadenador, regulador o exacerbador de diferentes síntomas (problemas para respirar con facilidad, taquicardia, insomnio, gastritis, colitis, dermatitis, migraña, etc.), así como estados emocionales perjudiciales (poca tolerancia a la frustración, ansiedad, depresión, temor, etc.) (Pérez, 2002 citado en Serrano Pereira & Flores Galaz, 2005)

Siguiendo a Robbins el estrés es una condición dinámica en la que un individuo se enfrenta a una oportunidad, restricción o exigencia relacionada con lo que desea y de lo cual el resultado le parece incierto e importante. Se asocia con restricciones y demandas. Las primeras impiden hacer lo que uno desea. Las segundas se refieren a la carencia de algo que uno quiere. Es una oportunidad cuando ofrece una ganancia potencial. Se necesitan dos condiciones para que el estrés potencial se haga real. Debe percibirse una

incertidumbre sobre los resultados y éstos deben ser importantes. Cualesquiera que sean las condiciones, sólo se manifiesta el estrés cuando hay incertidumbre sobre si será posible aprovechar la oportunidad, vencer la restricción o evitar la carencia. (Robbins, 1999)

El estrés hace referencia a la tensión física, mental o emocional ocasionada por presiones y demandas ambientales, situacionales o personales, en que los sucesos impredecibles e incontrolables ocasionan más estrés que los hechos sobre los cuales los individuos tienen un mayor control (Tejeda et al., 2002 citado en Serrano Pereira & Flores Galaz, 2005).

Para sintetizar, podemos decir que se produce una experiencia de estrés cuando un sujeto desea responder a las demandas planteadas por el ambiente, pero percibe que no dispone de los recursos necesarios para hacerles frente o bien cuando la discrepancia entre las características que percibe del entorno y lo que desea excede su capacidad para resolver tal desajuste. (Ardid & Zarco, 2001).

### **I.1 Las fuentes de estrés**

Las experiencias estresoras que viven los sujetos provienen de tres fuentes básicas: el entorno, el propio cuerpo y los propios pensamientos.

Los agentes estresores pueden proceder del medio ambiente natural. Así, el entorno bombardea al sujeto constantemente con demandas de adaptación, como el ruido, las aglomeraciones, las relaciones interpersonales o los horarios rígidos.

La segunda fuente de estrés se relaciona con el propio cuerpo, es fisiológica, como los cambios que suceden en las distintas etapas del ciclo vital, la enfermedad o los accidentes. Las amenazas que provienen del ambiente producen en nuestro cuerpo ciertos cambios que son estresantes por sí mismos. Así, nuestra forma de reaccionar ante los problemas, las demandas y los peligros viene determinada todavía por una actitud innata de "lucha o huida" heredada de nuestros antecesores más primitivos. Ellos, a través de un proceso de selección natural, fueron transmitiendo todas aquellas características físicas que pudieran representar, en un mundo competitivo y hostil, una ventaja sobre sus enemigos. Como resultado de este proceso, poseemos dentro de nuestro entramado bioquímico la tendencia innata a prepararnos para luchar o para huir siempre que nos sintamos amenazados.

La tercera fuente de estrés proviene de nuestros propios pensamientos. El modo de interpretar y catalogar nuestras experiencias y el modo de ver el futuro pueden servir tanto para relajarnos como para estresarnos.

## **I.2 Modelos teóricos**

### ***I.2.1 El estrés como estímulo***

Este grupo de modelos interpretan y entienden el estrés en términos de características asociadas a los estímulos del ambiente, asumiendo que estos pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo. El estrés se localiza fuera del individuo, a la persona le corresponde el efecto producido por el estrés.

El fisiólogo Walter Cannon comenzó la investigación sobre el estrés a principios del siglo pasado.

Cannon en 1911, descubre de forma accidental la influencia de factores emocionales en la secreción de adrenalina, desarrollando el término de lucha o huida. Es decir, en situaciones de peligro o gran excitación el ser humano aumenta los niveles de esta sustancia que facilita una respuesta fisiológica aumentada que ayuda a enfrentarse ante una huida o realización de esfuerzos físicos para la lucha. El estrés, para este autor, sería todo estímulo susceptible de provocar una reacción de huida.

Posteriormente, en 1922, acuña el término homeostasis para denotar el mantenimiento del medio interno. La homeostasis es la capacidad que tiene todo organismo para mantener constante un equilibrio interno.

Finalmente en 1935 define estrés (crítico o niveles críticos de estrés) como aquellos que podían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos. A pesar de su relación con el aspecto más fisiológico del estrés, Cannon también lo relaciona con las organizaciones sociales e industriales. (Cannon, 1935 citado en Moriana Elvira, 2002)

El grupo de T. H. Holmes, ha desarrollado un modelo que se conoce como enfoque psicosocial del estrés o enfoque de los acontecimientos vitales. Este modelo se encuadra dentro de las teorías de la especificidad estimular. Consideran al estrés como una variable independiente definida como carga o demanda que se produce sobre el organismo produciendo un malestar. Es una fuerza externa o situaciones a las que son expuestos los individuos que, al sobrepasar ciertos límites de tolerancia por parte de éstos, le harían experimentar estrés. Los sucesos vitales son experiencias objetivas que alteran o amenazan con alterar las actividades cotidianas del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta. El procedimiento de construcción de los instrumentos de medida pretende ofrecer una estimación objetiva de los estresores-sucesos sobre el estado de salud del sujeto.

Lazarus y Folkman han estudiado el impacto de los sucesos cotidianos sobre el bienestar del individuo. Son sucesos de menor impacto pero mucho más frecuentes y más cercanos al individuo, caracterizan la vida cotidiana y poseen mayor significado para la salud que los sucesos vitales.

En estudios posteriores (Chorot & Sandín, 1994 citado en Fernández Martínez, 2009) comprobaron que las molestias diarias y las dificultades crónicas pueden ser tan estresantes como los acontecimientos vitales mayores, además pueden ejercer un gran impacto sobre el bienestar físico y psicológico.

Las definiciones que tratan el estrés como un estímulo, adoptan el uso que de este concepto hace la física en sus estudios sobre la resistencia de los materiales. Siendo el estrés la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y da lugar a una respuesta de tensión. Se define en términos de estresores, estímulos cuya probabilidad de ocurrir es independiente de las acciones o características de la persona sobre la que actúan (De la Gándara, 1998 citado en Moriana Elvira, 2002).

Un inconveniente de estos enfoques es la delimitación de las situaciones que pueden ser consideradas estresantes, ya que una situación puede ser muy estresante para una persona, pero poco o nada para otra.

La propuesta del modelo de estrés de la perturbación de la identidad nos indica que cuanto más cambia un suceso el modo en el que una persona piensa y siente sobre sí misma, mayor riesgo tiene de desarrollar una enfermedad. Por lo que los efectos adversos de los sucesos vitales estresantes sobre la salud se limitan a los individuos que tienden a pensar de sí mismos en términos negativos (Pelechano, Matud & de Miguel, 1993 citado en Fernández Martínez, 2009).

### ***1.2.2 El estrés como respuesta***

#### **La teoría de Selye: el Síndrome General de Adaptación (SGA).**

Las definiciones de estrés como respuesta, se centran en la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta una persona ante un estresor ambiental. De esta forma lo característico y central del estrés será la respuesta que frente a él presenta un individuo. En esta categoría podemos encontrar la definición clásica de Selye 1956, el Síndrome General de Adaptación.

El Síndrome General de Adaptación es la forma en que un organismo se moviliza a sí mismo cuando se enfrenta a un estresor, entendiéndolo a este último como cualquier demanda que evoca el patrón de respuesta de estrés, puede ser un estímulo físico, psicológico, cognitivo o emocional. Sea cual sea la causa, el individuo responde con el mismo patrón de reacciones, es decir, la respuesta es inespecífica a la situación pero específica en sus manifestaciones. Para afrontar cualquier aumento de las demandas realizadas sobre él, el organismo responde de forma estereotipada, que implica una activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y del sistema nervioso autónomo.

Este proceso ocurre en tres fases:

**1.- Fase de alarma.** El sujeto se enfrenta a la situación estresante. El organismo está en presencia de un estímulo, se halla en estado de alerta (aumenta la frecuencia y la intensidad cardíaca, aumenta la tensión arterial, se altera el ritmo y la frecuencia de la respiración) y se coloca en situación de ataque o huida para restablecer el equilibrio interno. Constituye el aviso claro de la presencia repentina de agentes estresores a los que el organismo no se está adaptando.

Esta fase tiene dos etapas: choque y contra choque. En la etapa de choque las reacciones fisiológicas son las primeras que aparecen para advertir al afectado que ha de ponerse en guardia, es la reacción inicial e inmediata al agente nocivo. El individuo sufre de taquicardia, pérdida del tono muscular y disminución de la temperatura y la presión sanguínea. La fase de contra choque se caracteriza por la movilización de las defensas. Aparecen signos opuestos a los de la fase de choque e hiperactividad de la corteza suprarrenal. Muchas enfermedades asociadas al estrés agudo corresponden a esta fase de reacción de alarma. Esta respuesta de alarma, como respuesta a una situación de emergencia, a corto plazo es adaptativa; pero muchas situaciones implican una exposición prolongada al estrés que no requiere una acción física. (Sandín, 1995 citado en Fernández Martínez, 2009).

**2.- Fase de resistencia.** Si el estímulo persiste, las reacciones surgidas en la fase anterior se mantienen, pero disminuye su intensidad y el individuo intenta restablecer el equilibrio, apartándose o adaptándose al estímulo estresante. En esta fase desaparecen la mayoría de los cambios fisiológicos y bioquímicos presentes durante la reacción de alarma, se observan signos de anabolismo, mientras que en la de alarma se observan procesos catabólicos (Sandín, 1995 citado en Fernández Martínez, 2009). El resultado de una resistencia prolongada al estrés es la aparición de una serie de enfermedades como las úlceras pépticas, las colitis ulcerosas, el asma bronquial, etc. Además, la resistencia al estrés, produce cambios en el sistema inmunológico que favorecen la aparición de infecciones. Cuando la capacidad de resistencia disminuye y se agota, el organismo entra en la siguiente fase.

Cuando se afirma que una persona padece de estrés, en términos generales de lo que se habla es de un exceso o sobreesfuerzo del organismo al sobreponerse al nivel de resistencia experimentado por éste o bien cuando en el organismo se produce un incremento de activación que pone en riesgo su capacidad para mantener parámetros óptimos de homeostasis con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual (Sandín, 1999 citado en Quiceno & Vinaccia, 2007).

**3.- Fase de agotamiento.** Intentará utilizar todos los medios de los que dispone para combatir los estímulos estresantes, pero si el organismo no es capaz de adaptarse y el estresor es suficientemente prolongado y severo llegará el agotamiento y reaparecen los síntomas característicos de la fase de alarma y la vida del organismo estará amenazada.

En esta línea, Matteson e Ivancevich (1987, citado en Moriana Elvira, 2002, 15) lo definen como “respuesta adaptativa, mediada por características individuales, consecuencia de una acción externa, situación o evento que pone demandas físicas y/o psicológicas especiales sobre una persona”.

El modelo de Selye resulta intuitivo y atrayente, pero ha recibido las siguientes críticas: el concepto de inespecificidad; ya que existen evidencias de que estresores particulares pueden producir diferentes patrones de respuestas o cambios específicos en el funcionamiento neurofisiológico) y la poca relevancia que concede a los aspectos psicológicos, cuando la investigación demuestra que la evaluación de los acontecimientos es crucial en la determinación del estrés (Lazarus & Folkman, 1986 citado en Fernández Martínez, 2009).

### **1.2.3 El estrés como proceso**

Según Lazarus y Folkman (1993, citado en Fernández Martínez, 2009, 34):

El estrés puede ser comprendido en términos de las interpretaciones cognitivas que la persona hace sobre la capacidad estresora de los eventos. Si bien ciertas presiones y demandas ambientales producen estrés en un número considerable de personas, las diferencias individuales en cuanto a grado y clase de respuesta, son siempre manifiestas.

El estrés fue concebido por estos autores como el resultado de que el individuo evalúe el entorno como amenazante o desbordante de sus recursos poniéndose en este caso en peligro su bienestar.

La idea central de la perspectiva interaccional, transaccional, o también denominada aproximación mediacional cognitiva se focaliza en el concepto de evaluación. La evaluación cognitiva es un proceso mental universal mediante el cual el sujeto valora constantemente la significación de lo que está ocurriendo y lo relaciona con su bienestar personal y con los recursos disponibles para responder a la situación. No es el agente estresor lo que define el estrés, sino la percepción que realiza el individuo de la situación estresante. (Sandín, 1995 citado en Fernández Martínez, 2009).

Peiró en 1999, distingue dos tipos de definiciones transaccionales: las que consideran las discrepancias entre las demandas planteadas al individuo (externas o internas) y sus capacidades para afrontarlas, considerando también la apreciación que ese individuo hace de esas discrepancias y las que atienden a las discrepancias entre las características del ambiente y las preferencias de los individuos sobre el mismo. (Peiró, 1999 citado en Moriana Elvira, 2002)

Lazarus y Folkman distinguen tres tipos de evaluación:

- **Primaria.** La persona valora el significado de lo que está ocurriendo. El resultado de esta evaluación es que la situación sea considerada como: irrelevante, positiva-beneficiosa o estresante. En este último caso se admiten tres modalidades: amenaza

(anticipación de un daño o pérdida que parece inmediato, aún no ha ocurrido), daño-pérdida (el individuo recibe un perjuicio real, ya se ha producido daño y lo puede volver a sufrir) y desafío (el individuo valora la situación como un reto, ve la amenaza pero considera que es capaz de superarla si emplea adecuadamente sus recursos, se interpreta como la posibilidad de aprender o ganar). La amenaza y el desafío son evaluaciones anticipatorias.

- **Secundaria.** Se refiere a la valoración de los propios recursos para afrontar la situación. Implica una búsqueda cognitiva de las opciones de afrontamiento disponibles y un pronóstico de si cada opción tendrá o no tendrá éxito a la hora de abordar el estresor. El estrés va a depender sustancialmente de cómo el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento. Los recursos incluyen las propias habilidades de afrontamiento y el apoyo social y material. Con la evaluación secundaria la persona toma conciencia de las discrepancias que existen entre sus estrategias, habilidades y capacidades personales de afrontamiento y las estrategias, habilidades y capacidades que exige la situación. Cuanto mayor sea la discrepancia, mayor será el malestar y la ansiedad. Cuando las personas consideran que son capaces de hacer algo para manejar la situación y creen que van a tener éxito, se reduce el estrés. La autoeficacia es una variable clave en el proceso de evaluación como mediador entre las estructuras cognitivas y el resultado de la situación estresante.

- **Reevaluación.** Implica procesos de retroalimentación o feedback que se desarrollan durante la interacción del individuo con las demandas externas o internas y hacen que se produzcan correcciones sobre valoraciones previas durante el proceso mismo de afrontamiento. La reevaluación se refiere por tanto al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de la nueva información recibida del entorno.

El grupo de Lazarus asimila estrés a emoción y el objetivo que persigue es mostrar que el estrés o la emoción es el mediador de las relaciones entre la personalidad y la enfermedad.

Cuando un organismo se enfrenta a una novedad, a una amenaza o a un desafío, agudiza sus sentidos, escruta el entorno en estado de alerta o vigilancia, y su amígdala empieza a descifrar el significado emocional de los estímulos sensoriales. A la vez el hipocampo refiere la información sobre el entorno a la memoria espacial disponible a partir de experiencias previas, y como resultado del procesamiento de ambos tipos de información, la corteza límbica establece una cognición. Las cogniciones son adaptativas o desadaptativas dependiendo de la atribución que hace el sujeto en cuanto a sus posibilidades de controlar la situación.

Las cogniciones de control tienen la propiedad de reducir el estado de alerta y de vigilancia y permiten que los parámetros fisiológicos vuelvan a sus valores basales. Las cogniciones de no control incrementan la activación biológica y conducen al organismo al estrés.



Se distinguen los siguientes tipos de cogniciones:

**1.- Cognición de control**, resulta de la apreciación de que la situación es manejable con los propios recursos.

**2.- Cognición de amenaza**, que implica la puesta en marcha de estrategias de lucha, acción y defensa, accesibles a las posibilidades adaptativas del sujeto.

**3.- Cognición de indefensión o derrota**, parte de la apreciación de que la situación es incontrolable y no hay nada que hacer.

Cada cognición pone en marcha circuitos nerviosos centrales específicos, que suscitan patrones neuroendocrinos distintos (a partir de conexiones córtico-hipotalámico-hipofisarias) y respuestas inmunitarias diferentes.

La cognición de indefensión condena al organismo a un estado de alarma y de vigilancia que puede ser paliado mediante estrategias de afrontamiento.

En general, ante un cambio de situación externa que nos afecte (presión) se desarrolla una reacción orgánica (tensión). Así cuando cualquier estímulo exterior supone un factor de desequilibrio que trastorne la estabilidad de nuestro medio interno, se produce un estado de alerta, de preparación para controlar este cambio de situación. A este estado se denomina respuesta al estrés. Esta reacción consiste en un aumento de la activación fisiológica y psicológica y constituye un mecanismo para preparar el organismo para una intensa actividad motora, un procesamiento más rápido y potente de la información disponible y una mejor selección de las conductas adecuadas para hacer frente a las demandas de la situación.

Al igual que la evaluación, el afrontamiento es el otro concepto central de esta teoría, considerándose como la suma de cogniciones y conductas que una persona emplea con el fin de valorar los estresores, reducir su cualidad estresora y modificar el arousal emocional que acompaña a la experiencia del estrés.

# **Capítulo II: El Estrés Laboral**

## Capítulo II

¿Qué causa la tensión? ¿Cuáles son sus consecuencias para los empleados individuales? ¿Por qué ocurre que el mismo conjunto de condiciones que crea la tensión para una persona parece tener poco o ningún efecto en otra persona? (Guillén Gestoso, Guil Bozal & Mestre Navas, 2000).

El estudio del estrés se ve reflejado en la multitud de modelos teóricos que se han desarrollado para analizar y explicar este fenómeno. Las principales aportaciones han provenido, sin duda, de la medicina y de las diversas ciencias del comportamiento, desde las que se ha contribuido a aclarar los procesos sociales e individuales que están involucrados en la experiencia de estrés.

Es a partir de la década de los setenta cuando se empieza a vislumbrar la influencia que este fenómeno tiene no sólo en la salud del trabajador, sino también en la eficiencia y salud de la organización.

Desde este punto de vista, uno de los primeros intentos realizados para explicar el estrés laboral es el “**modelo socioambiental**”, desarrollado por J. R. French & R. L. Kahn en 1962. Los autores incluyen en su modelo seis conjuntos de variables, estableciendo una serie de relaciones entre ellas. Parten del “*medio ambiente objetivo*”, entendido como las características concretas y objetivas que definen el entorno laboral de una persona. Este entorno objetivo, a su vez, es percibido de una determinada forma por el sujeto, dando lugar al “*medio ambiente psicológico*”, que será el que indica directamente en el tipo de respuestas (fisiológicas, conductuales y/o afectivas) emitidas por el individuo. Los efectos que dichas respuestas tengan en el individuo podrán dar lugar a ciertos estados de salud o enfermedad física o psicológica.

No obstante, las relaciones causales que se establecen entre los diversos estados o categorías están moduladas por dos conjuntos de variables: las características “estables” de la persona y las relaciones interpersonales, siendo éstas, las que matizan la experiencia de estrés vivida por el individuo.

Karasek en 1979 presenta el estrés como un fenómeno producido por la incongruencia entre las demandas laborales y la capacidad de decisión (competencias) que tiene el trabajador en su función laboral. De esta forma, si cruzamos las distintas posibilidades que obtenemos de los tipos de demandas (altas y bajas) y el tipo de competencia (alta y baja) tendremos situaciones distintas en las que el desencadenante de la respuesta de estrés será la falta de ajuste o de congruencia entre demandas y competencias, siendo la peor situación aquella que se desarrolla en trabajos con elevadas demandas y bajas competencias. (Karasek, 1979 citado en Moriana Elvira, 2002)

La mayoría de los estresores que existen en el ámbito profesional proceden del entorno laboral, de la forma en que la organización estructura sus tareas y responsabilidades y del modo en que se organizan los diferentes procesos desarrollados

en ella. En este sentido, la falta de control de los individuos sobre las situaciones causantes de su experiencia de estrés conduce, inevitablemente a la indefensión y, por tanto, a la necesidad de intervenir directamente en el nivel organizacional como la forma más eficaz de prevenir y controlar el estrés.

Se puede afirmar entonces que, la presencia de estrés laboral repercute en el nivel de salud y eficiencia organizacional. Así pues, la experiencia de estrés no solo tiene efectos sobre el trabajador, sino también sobre los diversos resultados organizacionales.

Según Gil-Monte el estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional aparece como resultado de un proceso continuo, es decir, por la exposición prolongada en el tiempo ante eventos estresantes. Es una de las principales fuentes de riesgos psicosociales en cualquier tipo de organización laboral.

El mismo autor, hace la aclaración de que el síndrome de Burnout debe entenderse como una forma de acoso psicosocial en el trabajo pero es diferente al acoso psicológico o mobbing. El acoso psicológico o mobbing es un estresor laboral ocasionado por un conflicto interpersonal asimétrico, donde existe un acosado y un acosador, mientras que el burnout (acoso psicosocial) es una respuesta a los estresores crónicos laborales. (Gil-Monte, 2006 citado en Quiceno & Venaccia, 2007).

El estrés está relacionado con un sinnúmero de situaciones que pertenecen a la vida cotidiana y el burnout es sólo una de las formas que tiene de progresar el estrés laboral.

Los hallazgos de diversas investigaciones sugieren que las experiencias estresantes de las personas en el trabajo no son simples reflejos de sus problemas personales. Se barajan tres hipótesis acerca de estas relaciones:

1. Las experiencias desagradables del trabajo se llevan al terreno no laboral.
2. Las deficiencias en el medio laboral son compensadas en la familia y en las actividades del tiempo libre.
3. Se conjuga lo realizado en el trabajo y lo hecho fuera de él.

Las variables más relevantes se centran en el contexto propio del trabajo, las características personales y las manifestaciones y efectos del estrés. Las personas intentan con todos sus recursos controlar y dominar las situaciones vitales, eventos que cuando desencadenan respuestas inadecuadas debidas a la pérdida del autocontrol del individuo, es decir, cuando la presión de las circunstancias no es asumible de forma correcta, se produce el estrés.

La Comisión Europea (2002, citado en Moreno Jiménez, 2010, 7) define el estrés laboral como:

Un patrón de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido del trabajo, organización del trabajo y el medio ambiente de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación y de respuesta y la frecuente sensación de no poder afrontarlos.

Shirom en 2003 diferencia dos tipos de estrés laboral: 1) cuando las demandas laborales superan los recursos del trabajador, 2) cuando el trabajador se ve expuesto a eventos críticos. En el primer caso se produce un efecto de desajuste, en el segundo un efecto de descompensación, especialmente si la exposición es a estresores intensos o agudos. En este sentido, el estrés como riesgo psicosocial no consiste en las respuestas propias de las situaciones de tensión, que es una respuesta de alerta del organismo, ni tampoco en el conjunto de ellas sino que es un estado de agotamiento del organismo que dificulta de forma importante las respuestas funcionales y adaptativas del organismo y la persona. Como tal, produce un deterioro global e importante en el rendimiento del trabajador y en la misma organización laboral como totalidad.

En cualquier caso, puede resultar importante remarcar que no existe una teoría general del estrés laboral, sino que son múltiples las que se han desarrollado y han aportado importantes aclaraciones sobre su proceso.

## **II.1 Desencadenantes del estrés laboral**

### ***II.1.1 Entorno objetivo: desencadenantes del estrés laboral***

La vivencia de estrés surge por la presencia de un desajuste entre las demandas planteadas por el ambiente y los recursos de los que dispone el sujeto para enfrentarse a ellas. Si bien es cierto que cualquier evento o situación del entorno puede ser potencialmente un estresor, no cabe duda que en el contexto laboral existe una serie de situaciones que, por sus características, pueden ser consideradas fuentes potenciales de estrés para todos los trabajadores.

Siguiendo a Ivancevich y Matteson pueden establecerse cinco categorías básicas: estresores del ambiente físico de trabajo, individuales, grupales, organizacionales y extra organizacionales. (Guillén Gestoso, Guil Bozal & Mestre Navas, 2000)

Ambiente físico: Iluminación, ruido, temperatura, vibración, higiene, toxicidad, condiciones climatológicas, disponibilidad y disposición del espacio físico para el trabajo.

#### Individuales:

- *Desempeño de roles:* Conflicto de rol (las expectativas y demandas de trabajo planteadas a un trabajador son incompatibles entre sí). Ambigüedad de rol (las expectativas y demandas planteadas a un trabajador no contiene información suficiente).

Los conflictos de papeles crean expectativas que podrían ser difíciles de conciliar o satisfacer. La sobrecarga del papel se experimenta cuando se espera que el empleado haga más de lo que el tiempo permite.

- *Demandas estresantes de la tarea:* Sobrecarga de trabajo (cuantitativa: exceso de actividades a realizar en un determinado período de tiempo; cualitativa: excesivas demandas en relación con las competencias, conocimientos y habilidades del trabajador), falta de carga de trabajo (cuantitativa o cualitativa), responsabilidad sobre personas y relaciones interpersonales derivadas del desempeño de la tarea (con superiores, compañeros, subordinados y clientes). Las *demandas interpersonales* son presiones creadas por otros empleados. La carencia de apoyo social de los colegas o las relaciones interpersonales pobres pueden causar considerable tensión, especialmente entre empleados con una necesidad social alta.

- *Desarrollo de carrera:* Inseguridad en el trabajo, transiciones de carrera (cambio de puesto de trabajo, de nivel jerárquico, de organización, del empleo al desempleo o viceversa), estresores de las diferentes fases del desarrollo de carrera (fase inicial, de consolidación, de mantenimiento, de preparación para la jubilación).

Grupales: Falta de cohesión en el grupo, presiones del grupo, inadecuado clima grupal, conflicto intra y/o intergrupalo.

#### Organizacionales:

- *Estructura organizacional:* La *estructura organizacional* define el nivel de diferenciación en la organización, el grado de normas y regulaciones y el lugar donde se toman las decisiones. Las reglas excesivas y la carencia de participación en las decisiones son ejemplos de variables estructurales que pudieran ser fuentes potenciales de la tensión, así como también la centralización en la toma de decisiones, excesivo número de niveles jerárquicos, posición jerárquica, formalización y estandarización de tareas y procedimientos.

- El *liderazgo organizacional* representa el estilo gerencial de los altos ejecutivos de la organización. Algunos altos ejecutivos crean una cultura caracterizada por la tensión, el temor y la ansiedad. Establecen presiones que no son reales para que sean desempeñadas a corto plazo, imponen controles excesivamente fuertes y despiden de manera rutinaria a empleados que no “mantienen el paso”.

- *Clima organizacional:* Falta de participación en la actividad laboral, falta de implicación en la toma de decisiones, supervisión estrecha.

- *Diseño del puesto de trabajo:* Ausencia de características como: grado de autonomía, variedad de tareas y oportunidad para el uso de habilidades, feedback o retroalimentación de la propia tarea, importancia de la tarea, identidad de la tarea.

- *Tecnología*: introducción de nuevas tecnologías.

Las organizaciones pasan a través de un ciclo. Se establecen, crecen, maduran y con el tiempo declinan. El período de vida de una organización- esto es, el tiempo que transcurre a lo largo de este ciclo de cuatro etapas- crea problemas y presiones diferentes a los empleados. Las etapas de establecimiento y descenso son particularmente estresantes. La primera se caracteriza por una gran emoción e incertidumbre, mientras que la segunda requiere recortes, despidos y un grupo diferente de incertidumbres. La tensión tiende a ser menor en la madurez, donde las incertidumbres están en su punto más bajo.

Extra organizacionales: Estresores provenientes de la vida familiar, conflictos familia-trabajo, estresores provenientes de otros ámbitos de actividad (alcohol, drogas, problemas legales, hipotecas y deudas, etc.). Así como la incertidumbre ambiental influye en el diseño de la estructura de una organización, también influye en los niveles de tensión entre los empleados de aquella organización. Estas incertidumbres pueden ser de diversa índoles:

- *Económicas*
- *Políticas*
- *Tecnológicas*

### **II.1.2 Entorno subjetivo: experiencia de estrés**

Una vez analizados los estímulos o situaciones que en el contexto laboral pueden ser considerados como generadores de estrés, se hace necesario dar un paso más en el estudio del estrés laboral, ya que la valoración que realice el individuo de dicho estresor va a ser decisiva para la experiencia de estrés. Existen una serie de factores o variables del entorno individual y social del trabajador susceptibles a intensificar o bien a disminuir la percepción estresante que realice de las características en las que se encuentra.

Las investigaciones muestran como la gente tiene gran aprecio por las *relaciones familiares y personales*. Las dificultades conyugales, el rompimiento de una relación y los problemas de disciplina con los niños son ejemplos de relaciones problemáticas que crean tensión en los empleados y que no se pueden dejar en la puerta de entrada cuando llegan al trabajo. Los *problemas económicos* creados por individuos que agotan sus recursos financieros, es otro grupo de conflictos personales que pueden crear tensión y distraer la atención en el trabajo. Sin importar el nivel de ingresos, hay personas que son malos administradores del dinero o desean cosas que siempre parecen exceder su capacidad de pago. Otro factor significativo de influencia sobre la tensión es la naturaleza básica de la personalidad como originadora de los síntomas

Puede adoptarse un enfoque sistémico del ser humano, para poder ser estudiado desde los diferentes niveles que conforman su experiencia vital (fisiológico, psicológico,

cultural y social) y que de forma aislada o conjunta, pueden estar mediando en la experiencia de estrés laboral.

- *Variables sociodemográficas:* edad, género, nivel educativo y clase social.

- *Variables psicológicas:* autoestima, tolerancia a la ambigüedad, locus de control y patrón de conducta tipo "A".

- *Variables sociales:* apoyo social.

### **II.1.3 Diferencias individuales**

Algunas personas prosperan en situaciones de tensión, mientras que otras son abrumadas por ellas. ¿Qué es lo que distingue a la gente en términos de su capacidad para manejar la tensión?, ¿Qué variables individuales distintas moderan la relación entre los factores potenciales de tensión y la tensión experimentada? Cuando menos cinco variables- percepción, experiencia laboral, apoyo social, el locus de control y la hostilidad- parecen ser moderadores relevantes.

**Percepción:** Se ha demostrado que los empleados reaccionan en respuesta a su percepción de la realidad más que a la realidad misma. La percepción, por tanto, moderará la relación entre la condición de tensión potencial y la reacción de los empleados a ella. Lo que un empleado percibe como un trabajo de reto pudiera ser visto como amenazante y demandante por otros. Así el potencial de tensión ambiental, organizacional y de factores individuales no yace en su condición objetiva. Más bien, yacen en la interpretación que el empleado hace de esos factores.

**Experiencia laboral:** Se dice que la experiencia es un gran maestro. También puede ser un gran reductor de la tensión. La experiencia en el trabajo tiende a relacionarse negativamente con la tensión laboral. Se han puesto en consideración dos explicaciones:

- 1) El retiro selectivo: La rotación voluntaria es más probable entre la gente que experimenta más tensión. Por tanto, las personas que permanecen con la organización más tiempo son más resistentes a las características de tensión de su organización.

- 2) La gente a la postre desarrolla mecanismos de defensa para manejar la tensión. Debido a que toma tiempo, los miembros más antiguos en una organización tienen más probabilidades de estar completamente adaptados y deberían experimentar menos tensión.

**Apoyo social:** Hay una evidencia cada vez mayor de que el apoyo social- esto es, las relaciones con los compañeros y supervisores- puedan absorber el impacto de la tensión. La lógica que fundamenta esta variable moderadora es que el apoyo social actúa como un paliativo, mitigando incluso los efectos de trabajos de extrema tensión. Los individuos



cuyos asociados de trabajo no le son de ayuda o incluso le son hostiles, encuentran el apoyo social fuera del trabajo. El involucramiento con la familia, amigos y comunidad puede promocionar el apoyo- en especial en aquellos con alta necesidad social- que no encuentran en el trabajo y eso puede hacer que los factores de tensión sean más tolerables.

**Locus de control:** Se refiere a un atributo de la personalidad, donde las personas que tienen locus de control interno creen controlar su propio destino, y quienes tienen un locus de control externo creen que su vida está controlada por factores externos. La evidencia indica que los internos perciben sus trabajos como menos estresantes que los externos. Cuando los internos y los externos confrontan situaciones de tensión similares, los internos probablemente creerán que tienen un efecto significativo en los resultados, actúan para tomar el control de los eventos. Los externos probablemente serán pasivos y defensivos, tienen más probabilidad de sentirse desamparados en situaciones de tensión y de experimentarla.

**Hostilidad:** La personalidad de “tipo A”, se caracteriza por un sentido crónico de la urgencia del tiempo y por un impulso de excesiva competencia. El individuo de tipo A está *“agresivamente involucrado en una lucha crónica, incesante para lograr más y más y en cada vez menos tiempo, y si se le pide hacerlo contra los esfuerzos en oposición de otras cosas o personas”*. Las investigaciones demuestran que por el solo hecho de que una persona sea adicta al trabajo, se mueva mucho y sea impaciente o competitiva no significa que indudablemente este propensa a una enfermedad relacionada con la tensión laboral, más bien, es la rapidez con que se enfurece, la persistente actitud hostil y la desconfianza cínica en los demás lo que es dañino.

### **Los factores de tensión son acumulativos**

La tensión es un fenómeno acumulativo, cada nuevo y persistente factor de tensión agrega tensión al nivel de un individuo. Un factor simple puede parecer relativamente sin importancia en sí mismo, pero si se agrega a los de por sí altos niveles de tensión, puede ser la “gota que derrame el vaso”. Para evaluar la cantidad total de tensión en un individuo hay que sumar sus tensiones de oportunidad, de restricciones y de demandas.

### **Respuestas de afrontamiento**

Las estrategias de afrontamiento hacen referencia a cualquier tipo de respuesta (fisiológica, psicológica o conductual) que una persona emite para tratar de controlar, disminuir o eliminar la experiencia de estrés.

Podemos plantear dos grupos o categorías generales: las estrategias dirigidas al problema o su resolución y las estrategias centradas en las emociones.

Estrategias dirigidas al problema o su resolución: La persona intenta manipular o modificar la situación estresante o la valoración que se realice sobre ésta.

Estrategias centradas en las emociones: La persona busca la regulación afectiva y la modulación de las respuestas emocionales surgidas a partir de la experiencia de estrés.

Entre las estrategias de afrontamiento más usuales en el ámbito laboral se pueden destacar: el afrontamiento directo, la búsqueda de apoyo social, la planificación y resolución de problemas, la reevaluación o reinterpretación positiva, el escape-avoidance de la situación estresante, el distanciamiento mental o físico, la negación, la distracción mental o física, la aceptación, el desahogo emocional o el consumo de drogas o alcohol.

Hay estrategias de afrontamiento, que si bien reducen el estrés a corto plazo, pueden derivar en consecuencias importantes para la salud. Entre estas respuestas desadaptativas se encuentra el consumo de drogas o alcohol o el incremento de la actividad laboral. Por el contrario, estrategias como la planificación de tareas, la búsqueda de apoyo social o una alimentación adecuada resultarían más adaptativas, ya que reducen el estrés y promueven la salud física y psicológica del individuo.

El grado de control percibido por el trabajador sobre la situación estresante influye en su respuesta, ya que mientras más control se percibe sobre la situación, mayor es la tendencia a utilizar estrategias de afrontamiento activo, por el contrario a menor control percibido apela a estrategias alternativas como la evitación o la distracción.

## **II.2 Resultados y consecuencias**

La aparición del estrés viene determinada por la percepción subjetiva de estrés y por el grado de eficacia de las respuestas de afrontamiento utilizadas para controlarlo, disminuirlo o eliminarlo. (Rodríguez, Ardid & García, 2001).

En cuanto a los resultados de la vivencia de estrés, existen otros aspectos relevantes a tener en cuenta, relacionados con la duración en el tiempo, frecuencia e intensidad de la fuente de estrés.

En este sentido, si el estresor es duradero, frecuente e intenso y, además, la estrategia de afrontamiento utilizada provoca una estimulación fisiológica, puede producirse un agotamiento de los recursos disponibles y, por tanto, la aparición de algún trastorno psicofisiológico. Si por el contrario, el individuo dispone de estrategias adaptativas se reduce el riesgo de aparición de trastorno psicofisiológicos.

La tensión se manifiesta de diferentes maneras, por ejemplo un individuo que experimenta un alto nivel de tensión pudiera desarrollar presión sanguínea alta, úlceras, irritabilidad, dificultad para tomar decisiones rutinarias, pérdida del apetito, predisposición

a accidentes, etc. esto puede ser clasificado en tres categorías generales: *fisiológica, psicológica y síntomas del comportamiento.*

Los efectos y consecuencias difieren en función de las características de los estresores del entorno laboral y de las cualidades físicas y psicológicas del trabajador. Este hecho explica la variabilidad de respuestas en la presencia e intensidad de los diversos trastornos físicos (cardiovasculares, respiratorios, musculares, etc.), psicológicos (ansiedad, pérdida de autoestima y motivación, etc.) y/o conductuales (disminución del rendimiento, ausentismo, rotación, etc.) que se derivan de la experiencia de estrés.

*A nivel organizacional* una de las consecuencias más evidentes es la disminución de la calidad y/o cantidad del trabajo efectuado. Esta relación entre estrés y desempeño se explica por la existencia de una relación entre el grado de estrés experimentado y el nivel de ejecución realizado. Parece que existe un nivel de estrés óptimo para cada persona, de tal manera que si ésta mantiene una activación por encima o por debajo de ese nivel repercutirá negativamente sobre el desempeño laboral. Cuando un trabajador puede alcanzar un nivel de estrés adecuado, puede responder de forma eficiente a las demandas del puesto de trabajo, pero cuando el nivel de activación es bajo o excesivo el desempeño laboral disminuye. Al respecto, el tipo de tarea y trabajo tiene su influencia, es decir, ante tareas monótonas, rutinarias o simples el nivel de estimulación que recibe es pobre y por tanto su activación no será la idónea; por el contrario las tareas complejas, que requieren de muchas fuentes de información, son susceptibles de sobrestimular al trabajador provocando un excesivo nivel de activación.

### ***Manejo de la tensión***

Desde el punto de vista de la organización, es posible que a la gerencia no le preocupe que los empleados experimenten niveles de bajo a moderados de tensión. La razón es que tales niveles de tensión podrían ser funcionales y llevar a un mayor desempeño del empleado. Pero los altos niveles, o aún niveles bajos mantenidos durante períodos largos, pueden llevar a una disminución en el desempeño del empleado y por tanto requerir acción por parte de la gerencia.

Desde el punto de vista del individuo, aun los bajos niveles pueden ser percibidos como no deseables. Es probable, por tanto, que los empleados y la gerencia tengan diferentes nociones de lo que constituye un nivel aceptable de tensión en el trabajo.

# **Capítulo III: Síndrome de Burnout, una forma de Estrés Laboral**

## **Capítulo III**

### ***Historia y Concepto***

En este capítulo se aborda el constructo Síndrome de Burnout como una manera particular de manifestarse el estrés laboral.

Las investigaciones sobre el estrés laboral revelaron que estaban expuestas a estos problemas aquellas personas que tuviesen un contacto directo con pacientes, clientes, usuarios o alumnos cuyas exigencias desbordaban la capacidad de actuación del profesional. Estos profesionales desarrollaban en un período de tiempo más o menos variable el llamado “síndrome de burnout”. A este síndrome también se le denomina “síndrome de estar quemado”, “síndrome de quemarse por el trabajo”, “síndrome de la quemazón”, “síndrome de estrés laboral asistencial”, “síndrome de desgaste profesional”. Cuando se dice que el profesional está quemado se indica que la situación (familiar, social o laboral) le ha sobrepasado y ha quedado reducida su capacidad de adaptación. (Ramos & Buendía, 1999)

En la actualidad, el Síndrome de Burnout es proclamado según la OMS (2005, citado en Chávez, 2008, 4) como “uno de los cinco problemas sanitarios más graves, tanto por la alta prevalencia de afectación en profesionales de la salud como por las posibles consecuencias en la población asistida por dichos profesionales.”

En los últimos años, el Burnout, ha resultado uno de los temas que mayor atención ha acaparado por parte de los investigadores en el tema del estrés laboral. Se estima que siete de cada diez trabajadores se sienten quemados por su trabajo. La necesidad de explicarlo ha conducido a preguntarse por los antecedentes, consecuentes, facilitadores, factores protectores y una gran variedad de variables que ayuden a delimitar y a definir mejor este constructo sobre el que parece existir un consenso al considerarlo como una respuesta del individuo al estrés laboral crónico (Gil-Monte & Peiró, 1997 citado en Fernández Martínez, 2009).

Este Síndrome ha sido estudiado desde el primer tercio del Siglo XX, cuando se empezó a buscar los distintos factores que propician su aparición. Se entiende como un trastorno de la adaptación ante el estrés crónico laboral que logra desencadenar síntomas físicos y psicológicos que dañan significativamente la ejecución profesional.

Fue descrito por primera vez por Herbert Freudenberger en 1974. Trabajando como asistente voluntario en una clínica para toxicómanos en Nueva York observó que al año de empezar la mayoría de sus compañeros sufrían una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, así como desmotivación para el trabajo, junto con varios síntomas de ansiedad y depresión.

Freudenberger describió cómo estas personas se volvían menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y

cínico, con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece, lo que redundaría en un deterioro de los cuidados y de la atención profesional a los usuarios de los servicios. Definió el síndrome como el estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, una forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo.

Por aquel entonces, en 1976, la psicóloga social Cristina Maslach estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas, describiendo el mismo síndrome que Freudenberg (Maslach & Jackson, 1981 citado en Fernández Martínez, 2009).

Cherniss en 1980 describió el interés de este concepto basándose en cuatro razones: afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de cuidados y tratamiento que reciben los pacientes, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y es necesario prevenir a nivel comunitario en programas de servicios. (Cherniss, 1980 citado en Ortega Ruiz & López Ríos, 2003).

Maslach y Jackson, desde un enfoque psicosocial, comenzaron a sentar las bases conceptuales y empíricas de este síndrome, enfatizando su incidencia en aquellos trabajadores que desarrollan una actividad centrada en las personas y con las cuales tienen un contacto directo.

En 1982 se crea el Inventario de Burnout de Maslach (Gil-Monte, 2005 citado en Quiceno & Venaccia, 2007).

Maslach y Jackson (2006, citado en Moreno Jiménez & Baez León, 2001, 1) indican que “el burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede aparecer en personas que trabajan con gente de alguna forma.”

La definición se centra en las variables que son evaluadas mediante el Maslach Burnout Inventory (1981) de forma operativa. El agotamiento emocional hace referencia al cansancio emocional que producen las tareas propias del trabajo, la despersonalización al tratamiento distanciado que se aplica a las personas que se tiene que atender y la baja realización personal recoge la baja autoestima profesional que acompaña al ejercicio de la propia profesión. Los tres componentes del síndrome son vistos inicialmente como una línea de consecuencias a partir del agotamiento emocional inicial.

Burke en 1987 entiende que el Síndrome de Burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral. Este proceso se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento.

Una de las definiciones que más se aproxima a la dada por varios autores es la postulada por Farber (1983, citado en Ortega Ruiz & López Ríos, 2003, párr.9):

El Burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima.

Pines y Aronson (1988, citado en Moreno Jiménez & Báez León, 2001,9) describen el Burnout como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por una larga implicación en una situación que es emocionalmente demandante”.

En la misma línea Shiron considera el burnout como un estado afectivo caracterizado por los sentimientos de haber agotado las energías físicas, emocionales y mentales. (Shiron, 1989 citado en Moreno Jiménez & Báez León, 2001)

La Organización Internacional del Trabajo (OIT 1984) propuso una definición suficientemente amplia; los factores psicosociales son, por una parte la interacción en el trabajo y las condiciones de su organización; y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual a través de percepciones y experiencias puede influir en la salud y en el rendimiento y satisfacción en el trabajo. La interacción negativa entre las condiciones del trabajo y la situación del trabajador puede conducir a estados estresantes y ser percibidos de diferente forma entre hombres y mujeres y, si estos se presentan de manera crónica, desencadenan el Síndrome de Burnout. Éste se presenta con mayor frecuencia en profesionales que mantienen una relación de ayuda y Cuidado hacia los demás (Ordenes, 2004 citado en Aldrete, Preciado, Franco, Pérez & Aranda, 2008).

Todos los planteamientos y revisiones técnicas del Burnout lo proponen como la consecuencia de un estrés crónico laboral (Cordes & Dougherty, 1993; Schaufeli & Enzman, 1998; Burke & Richardson, 2000; Hobfoll & Shirom, 2000 citado en Moreno Jiménez & Báez León, 2001).

Se puede reconocer una serie de características comunes en distintas definiciones revisadas, como señala Mingote (1998): predominan los síntomas disfóricos y sobre todo, el agotamiento emocional, destacan las alteraciones de conducta (conducta anormal del modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente), se relaciona con síntomas físicos, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que a su vez, median en deterioro de la calidad de vida. Se trata de un síndrome clínico-

laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente “normales” y, por último, se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional. (Mingote, 1998 citado en Ortega Ruiz & López Ríos, 2003).

Como añade Moreno en 1998 el estudio de *burnout* y su análisis comenzó más bien en un área aplicada y clínica plagada de descripciones y escasos estudios empíricos.

En la CIE 10 figura como Síndrome de agotamiento dentro de un grupo de clasificación que tiene como título “problemas respecto a las dificultades para afrontar la vida”.

Gil-Monte, Peiró y Valcárcel han concluido que esta respuesta al estrés laboral crónico es un proceso que se inicia con el desarrollo de ideas sobre fallo profesional y con el desarrollo de actitudes negativas hacia el rol profesional (falta de realización personal en el trabajo) junto a sentimientos de encontrarse emocionalmente agotado (agotamiento emocional), y posteriormente los individuos generan actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización). (Gil-Monte, Peiró & Valcárcel, 1998)

Para ir sintetizando, se puede entender al Burnout como el resultado de una tarea de ayuda o ejercicio profesional que ha supuesto un desgaste progresivo de los propios recursos sin que se haya producido una recuperación de los mismos, de forma que el trabajador afronta la situación mediante procesos de distanciamiento y alejamiento. Ese proceso de desgaste profesional viene determinado por el mismo tipo de tarea que se ejerce, pero también por la falta de condiciones organizacionales que no brindan suficiente protección y apoyo al profesional.

El Burnout profesional no sería consecuencia de la vulnerabilidad del trabajador, sino de las demandas interpersonales y emocionales propias de la tarea sin que el trabajador tenga suficientes recursos para la misma. El Burnout sería en este sentido la primera y más importante consecuencia del trabajo interpersonal, propio de muchas profesiones de servicios y de un componente presente en la práctica totalidad de ellos.

En este sentido, el Burnout es un estado resultante del trabajo profesional y de situaciones laborales específicas. Como tal, es un problema laboralmente ocasionado y que en principio afecta al entorno laboral produciendo una desimplicación laboral, con repercusiones en la salud de los trabajadores, con frecuencia vinculado a una sintomatología amplia y variada (Schaufeli & Enzman, 1998; Fidalgo Vega, 2007 citado en Moreno Jiménez & Báez León, 2001).



Su extensión y estudio epidemiológico ha sido más frecuente en las profesiones que sostienen el estado Factores y Riesgos Psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas del bienestar, educación, sanidad y bienestar social, de aquí la importancia de atender, prevenir y disminuir sus efectos.

### ***Dimensiones***

Según Maslach las dimensiones clave de esta respuesta de estrés son tres, conceptualmente distintas aunque empíricamente relacionadas. Esta estructura de tres dimensiones se ha corroborado posteriormente en distintos tipos de profesiones (Schaufeli, Leiter, Maslach & Jackson, 1996; Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2002 citado en Fernández Martínez, 2009):

1. **El cansancio emocional (CE)**, que se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento físico y psicológico abrumador y fatiga. La persona no responde a la demanda laboral y generalmente está irritado y deprimido. Representa la dimensión individual y tiene un carácter emocional. Se relaciona con sentimientos de intentar abarcar demasiadas cosas y de que los recursos emocionales y físicos están agotados. Es la manifestación primaria del síndrome y su dimensión central, es la que más comúnmente se declara y la que más se ha estudiado.
2. **La despersonalización (DP)**, manifestada por irritabilidad, actitudes negativas y respuestas frías, impersonales e insensibles hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de forma deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que les culpen de sus problemas y dificultades. Las personas se perciben como objetos insensibles. Aparecen manifestaciones de insolencia, abuso y distanciamiento respecto al trabajo. Es la dimensión contextual interpersonal del burnout. Es una reacción tan inmediata al agotamiento que, en toda la investigación sobre el burnout, aparece constantemente la relación entre estas dos dimensiones. En posteriores investigaciones desarrolladas en profesiones no relacionadas con servicios humanos, a esta dimensión se la denomina cinismo y se refiere al distanciamiento de la persona de su trabajo y al desarrollo de actitudes negativas hacia el trabajo en general.
3. **La falta de realización personal (RP)**, está caracterizada por respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Representa la dimensión de autoevaluación. El profesional se siente cada vez menos competente, cada vez menos eficaz y exitoso. Empieza a valorarse negativamente, sobre todo en relación con su trabajo, pero también se puede extender a otros ámbitos privados. Se sienten infelices con ellos mismos e insatisfechos con su rendimiento en el trabajo. Tienen

un sentimiento de inadecuación a las tareas profesionales, de incompetencia y de falta de productividad en el trabajo. A esta dimensión también se le denomina falta de eficacia profesional.

Inicialmente el trabajador se siente emocionalmente incapaz de seguir encontrando satisfacción en su trabajo, a ello reacciona distanciándose de las fuentes de malestar y desarrollando actitudes negativas y deshumanizadas hacia sus clientes, finalmente, ante el fracaso adaptativo al trabajo, experimenta sentimientos de baja realización personal y profesional.

### **III.1 Evolución del Síndrome de Burnout**

Según Maslach sería un proceso continuo, que va surgiendo de manera paulatina y en el que existen una serie de síntomas asociados.

**a) Síntomas Físicos:** fatiga crónica, cefaleas, insomnio, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares.

**b) Síntomas Conductuales:** absentismo laboral, abuso de drogas, conductas violentas, comportamientos 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:

- Falta de energía y entusiasmo;
- Descenso del interés por los usuarios,
- Percepción de éstos como frustrantes, crónicos y desmotivados;
- Alto absentismo y deseos de dejar el trabajo por otra ocupación.

Cherniss (1980, citado en Ospina Rodríguez, 2012, 20) define el burnout como “un proceso transaccional de acomodación psicológica progresiva entre un trabajador estresado y un trabajo estresante es decir un trabajador muy estresado que continua realizando un trabajo muy estresante”.

Para Cherniss en el proceso de desarrollo del síndrome pueden distinguirse varias fases o etapas:

**Primera fase:** comprende el desajuste (desequilibrio) entre las demandas del trabajo y los recursos del trabajador para hacer frente a esas demandas (*fase de estrés*).

**Segunda fase:** es la respuesta emocional inmediata del trabajador a este desajuste. Se caracteriza por preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento (*fase de agotamiento*).

**Tercera fase:** se caracteriza por cambios de actitudes y en la conducta. Incluye: trato frío e impersonal (robotización), con gran dosis de cinismo y atendiendo solamente a la satisfacción de las propias necesidades (*fase de afrontamiento defensivo*).

Bronsborg y Vestlund en 1997 en su libro *No te Quemes* realizan una descripción detallada de las fases de desarrollo del Síndrome de Burnout:

### **1. Fase inicial o de entusiasmo:**

En general todo profesional experimenta entusiasmo en la etapa inicial de acceso a un nuevo puesto en la que la actividad laboral y las expectativas positivas derivadas de la misma cobran gran importancia. Al principio el trabajo se siente como algo estimulante, resulta atractivo aunque sea exigente. No preocupan demasiado los contratiempos, poniéndose a trabajar con energías renovadas.

Hay una intensa identificación con las personas con las que se trabaja, con el equipo, con la organización. No importa prolongar la jornada laboral, así como también existe la tendencia a poner objetivos más altos que los esperados por los jefes.

Una persona que en esta fase se comporta de esta manera puede ser considerada una amenaza por los compañeros de trabajo, que llevan mucho tiempo en la empresa u organización y están acomodados.

### **2. Fase de estancamiento:**

Tras comprobar el incumplimiento de sus expectativas profesionales el trabajador se estanca. Aunque el trabajo todavía representa una posible fuente de realización personal comienza a replantearse la relación entre esfuerzo personal y beneficios.

Empieza a dudar y a sentir una sensación de derrota sin saber cuál es el motivo. No se ven los resultados esperados. Hay sentimientos de incapacidad. El entusiasmo oscila, actuando a veces de forma poco eficaz por la invasión de las dudas. De a poco comienza a contagiarse del negativismo de los compañeros de trabajo, aunque intenta controlarlo. Se aísla para protegerse de los desengaños y del negativismo. La salud empieza a fallar.

### **3. Fase de frustración:**

El trabajador empieza a cuestionar el esfuerzo personal frente a los obstáculos derivados del desempeño de su trabajo. Aunque existe la posibilidad de afrontar la situación y encauzar el malestar hacia una nueva fase de entusiasmo, la falta de recursos personales y organizacionales puede condicionar el tránsito hacia una fase de apatía.

El trabajador se siente como algo carente de sentido, se pregunta de forma continua qué sentido tiene su trabajo, si se habrá equivocado de profesión, si la formación recibida es inadecuada. Siente temor por seguir siendo igual hasta el momento de la jubilación. Se vuelve negativo.

Con el paso del tiempo crece la impotencia y la ignorancia, todo lo hecho parece no servir para nada. Cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el equipo de trabajo.

Los síntomas psicossomáticos se han vuelto crónicos. El saldo de la realidad no coincide con lo imaginado: resultados rápidos y positivos y halagos por doquier.

#### ***4. Fase de la hiperactividad y de la apatía:***

##### **Reacción de hiperactividad:**

El trabajador se olvida de sí mismo, dice "sí" a demasiadas cosas. Siempre está trabajando, no escucha, está acelerado. Quiere hacer tantas cosas que no hace nada. Después se produce el colapso.

##### **Reacción de apatía:**

La apatía surge a partir de un sentimiento creciente de distanciamiento de lo laboral, que conlleva evitación e incluso inhibición de la actividad profesional. La esperanza lo abandona. Se siente resignado tanto por lo que se refiere al trabajo como por las posibilidades de poder cambiar algo.

Aumenta la distancia entre el trabajador y las personas que reciben su servicio, actúa como si fuera un robot, lo mismo ocurre con los compañeros de trabajo y con la familia.

#### ***5. Fase del ¡Quemado!***

Colapso físico, emocional y cognitivo que obliga a dejar el trabajo, ser trasladados, cambiar de trabajo o arrastrar una vida profesional presidida por la frustración y la insatisfacción.

Puede considerarse el burnout como un proceso en que el trabajador se desentiende de su trabajo como respuesta al estrés y agotamiento que experimenta en él. El proceso empieza cuando el trabajador no logra aliviar su situación con las técnicas de solución de problemas adecuadas. Los cambios en las actitudes y conductas son una desafortunada e ineficaz válvula de escape ante una situación que probablemente a largo plazo resultará insostenible.

Aunque desde el origen del concepto de burnout se ha considerado la conceptualización establecida por Maslach en 1982 y se han venido desarrollando y validando numerosos instrumentos para intentar medir este síndrome, la literatura ha reportado más de 100 síntomas asociados al síndrome del burnout, lo que dificultó en cierta medida la delimitación de los síntomas que lo conforman en sus principios, quedando la “sensación” que cuanto problema psicofisiológico y conductual que se manifestara en los ambientes laborales tenían relación con el Burnout (Gil-Monte, 2005 citado en Quiceno & Vinaccia, 2007 ).

Seguidamente Alarcón, Vaz y Guisado en 2001 apoyan y señalan los planteamientos de otros autores en cuanto a que la dificultad en establecer una delimitación clara con otros conceptos psicopatológicos se debe en parte por la comunalidad que existe con otras entidades como depresión, indefensión, entre otros. Más sin embargo la dificultad no se debe mirar a “cantidad” de síntomas, sino a que las organizaciones tengan personal idóneo y preparado para discriminar y enfrentar esta patología laboral y hacer remisiones a otras especialidades si es el caso o diagnósticos juiciosos de comorbilidad o no con otros trastornos para intervenir a tiempo. (Alarcón, Vaz & Guisado, 2001 citado en Quiceno & Vinaccia, 2007).

Según Apiquian, algunos autores han encontrado una relación positiva en la manifestación del síndrome en dos períodos de tiempo, la primera corresponde a los dos primeros años de carrera profesional y la segunda a los mayores de 10 años de experiencia. (Apiquian, 2007 citado en Quiceno & Vinaccia, 2007

Ramos y Buendía entienden el burnout como un proceso que supone la interacción de variables emocionales (cansancio emocional, despersonalización), cognitivas (falta de realización en el trabajo) y sociales (despersonalización). Estas variables aparecen de manera secuencial y articuladas entre sí dentro de un proceso más amplio de estrés laboral. (Ramos & Buendía, 2001)

### **III.2. Diferencias con otros conceptos**

El concepto de burnout ha sido criticado por su solapamiento y confusión con otros constructos como estrés, fatiga, insatisfacción en el trabajo, aburrimiento, tedio, ansiedad, depresión, entre otras. Las diferencias no siempre son fáciles de establecer.

Frente al estrés general se considera al burnout como una de las posibles respuestas al impacto acumulativo del *estrés laboral crónico*. Otros autores manifiestan una opinión contraria, y concluyen que estrés y burnout, aunque relacionados, son constructos claramente distintos. Además el estrés general es entendido como un proceso que tiene efectos positivos y negativos para la vida del sujeto, mientras que el síndrome de burnout solo tiene efectos negativos.

Moreno Jiménez y Báez León (2001) señalan:

Como en el caso del estrés, el burnout o desgaste profesional, no consiste en una situación o echo que acontece en el seno de la empresa o el trabajo, como es el caso por ejemplo de la violencia o el acoso; el desgaste profesional consiste en el resultado de un proceso de estrés crónico laboral y organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para las tareas laborales. Su carácter de riesgo laboral proviene de la extensión alcanzada, de las importantes consecuencias laborales y personales que puede tener y de la incipiente reocupación legal y jurisprudencial que ha tenido. Se diferencia del estrés como riesgo psicosocial en sus mayores efectos sobre el agotamiento emocional, más que en el físico, y su consiguiente pérdida de motivación laboral. (p.42)

Para Schaufeli y Buunk la distinción entre estrés laboral y el burnout no puede hacerse partiendo de los síntomas, sino teniendo en cuenta el proceso de desarrollo del síndrome. El Burnout puede considerarse el estadio final de un proceso de adaptación/inadaptación entre las demandas y los recursos del sujeto. El estrés en cambio se refiere a procesos temporales más breves. Adicionalmente se sugiere que el Burnout está asociado con actitudes negativas hacia los clientes, el trabajo y la organización, mientras que el estrés no.

Considerar el Burnout como un proceso psicopatológico en respuesta al estrés laboral crónico, en el que intervienen factores desencadenantes y facilitadores similares a éste último, no significa confundir este síndrome con el estrés, ya que poseen sus particularidades:

<b>ESTRÉS</b>	<b>BURNOUT</b>
- Sobreimplicación en los problemas.	- Falta de implicación.
- Hiperactividad emocional.	- Embotamiento emocional.
- El daño fisiológico es el sustrato primario.	- El daño emocional es el sustrato primario.
- Agotamiento o falta de energía física.	- Agotamiento afecta a la motivación y a la energía psíquica.
- La depresión puede entenderse como reacción a preservar las energías físicas.	- La depresión en burnout es como una pérdida de ideales de referencia-tristeza.
- Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas (eustrés).	- Sólo tiene efectos negativos.

En cuanto a la *fatiga*, Pines y Arosón indican que una de las principales diferencias entre el burnout y la fatiga es que el sujeto se recupera de la una pero no del otro. Aunque los sujetos afectados por el síndrome sienten que se encuentran agotados físicamente, describen esta fatiga de forma diferente a la experiencia de fatiga física. Así, mientras que el esfuerzo físico causa una fatiga que se acompaña de sentimientos de realización personal y en ocasiones de éxito, el síndrome de burnout conlleva una experiencia negativa que se acompaña de un profundo sentimiento de fracaso. (Pines & Aronson, 1998 citado en Ramos & Buendía, 2001)

Investigaciones empíricas muestran que el cansancio emocional está significativamente asociado a la *depresión*, mientras que no hay relación significativa con las otras dos dimensiones. Por otra parte, el burnout es un constructo referido al trabajo y a situaciones laborales específicas, mientras que la depresión es un fenómeno más amplio y puede surgir en otros contextos de la vida del sujeto (personal, familiar y social).

Tampoco se debe confundir con el síndrome de la *fatiga crónica*, ni con el síndrome de la *adicción al trabajo*, en el que el sujeto vive por y para trabajar, y al menos temporalmente el trabajo es una fuente de satisfacción, de evasión o refugio frente a otros problemas personales y profesionales.

No obstante, para diferenciar el burnout de otros constructos no conviene olvidar la multidimensionalidad del mismo, y que surge como un proceso progresivo y continuo dentro del contexto laboral.

Como proceso, el burnout supone una interacción de variables emocionales (cansancio emocional y despersonalización), cognitivas (falta de realización personal en el trabajo) y sociales (despersonalización). Estas variables se articulan entre sí en un episodio secuencial, con una relación de antecedentes y consecuentes, dentro del proceso más amplio del estrés laboral. Esta particularidad hace del síndrome de burnout algo diferente de esas otras respuestas al estrés (fatiga, ansiedad, depresión, etc.) que pueden ser consideradas como estados del individuo

### **III.3 Modelos teóricos**

En la delimitación conceptual del síndrome se pueden diferenciar dos perspectivas (Gil-Monte & Peiró, 1997).

- a. La perspectiva clínica argumenta que el burnout es un estado al que se llega como consecuencia del estrés laboral, como el resultado de “gastarse” en la persecución de expectativas inalcanzables.
- b. La perspectiva psicosocial, considera al burnout como un proceso resultante de la interacción de variables del entorno laboral y personal. Asumiendo una secuencia de etapas o fases diferentes con sintomatología diferenciada.

La mayoría de las investigaciones se han centrado en el burnout como proceso (Leiter & Maslach, 1988; Cherniss, 1993 citado en Feresín, 2009), señalándose diferencias en cuanto a cómo se establece a nivel sintomático y por tanto generando diversas expectativas en relación a la intervención. Por lo tanto, contamos con los modelos como proceso y los modelos comprensivos que hacen referencia a un conjunto de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome.

Todos los modelos que han tratado de explicar la etiología del síndrome del burnout han tenido como origen los mismos componentes básicos propuestos por Freunderberger y Maslach (Gil-Monte & Marucco, 2006 citado en Feresín, 2009).

Entre los **Modelos Comprensivos** propuestos de mayor relevancia se describen los siguientes:

- ***Modelos elaborados desde la teoría sociocognitiva del yo:*** Son modelos desarrollados en el marco de la teoría de Bandura, donde se estudian los mecanismos psicológicos que intervienen en la conducta y se establece la importancia de las cogniciones.
- ***Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social:*** Se basan en los principios teóricos de la teoría de la equidad o de la teoría de la conservación de recursos. Proponen que su etiología está centrada en las percepciones de falta de equidad o ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen las relaciones interpersonales.
- ***Modelos elaborados desde la teoría organizacional:*** El énfasis se centra en la relevancia de los estresores del contexto de la organización y de los recursos para hacer frente a las vivencias y experiencias de desgaste o quemazón. Establecen el burnout como una respuesta específica al estrés laboral.

### **Modelos Secuenciales**

Teniendo en cuenta la estructura tridimensional del síndrome de burnout propuesta por Maslach y Jackson, establecer la secuencialidad de los tres componentes *cansancio emocional* → *despersonalización* → *falta de realización personal* tiene especial relevancia en la planificación de medidas de intervención y prevención. Por su importancia pueden citarse dos modelos secuenciales.



### **Modelo de Leiter:**

El Síndrome de Burnout se desarrolla en cuatro fases. La secuencia se inicia con el *cansancio emocional*, fruto de un supuesto desequilibrio entre demandas organizacionales y recursos personales. Continúa con la *despersonalización*, que se ofrece como única salida a la situación creada. Poco después concluye en la *falta de realización personal*, resultado del choque frontal entre las estrategias de afrontamiento elegidas y el compromiso personal exigible en la profesión asistencial.

### **Modelo de Golembiewski:**

Para el autor el Burnout es un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera. El Síndrome de no es exclusivo de los profesionales de trabajan en los servicios humanos, sino que puede darse en vendedores, directivos y otros profesionales.

Los trabajos de Golembiewski apoyan la secuencia *despersonalización* → *baja realización personal* → *cansancio emocional*. Las expectativas de los sujetos entran en conflicto con las experiencias y condiciones laborales existentes, lo que dificulta sobremanera el desarrollo personal derivando hacia el cansancio emocional.

El autor describe 8 fases que permiten clasificar a los sujetos y a los grupos de individuos en función de la virulencia del síndrome de burnout en cada caso particular. Cada fase se define en función de la combinación de las tres dimensiones del síndrome, que se dicotomizan según las categorías bajo-alto. En la primera fase la combinación de las tres dimensiones es: *despersonalización baja- realización personal baja- cansancio emocional bajo* en cambio en la octava fase es: *despersonalización alta- realización personal alta- cansancio emocional alto*. La sexta fase es la que coincide con el burnout *despersonalización alta- realización personal baja- cansancio emocional alto*. No obstante, se advierte que no todos los sujetos tienen que pasar necesariamente por las ocho fases.

Para el autor el Burnout está generado por una *sobrecarga laboral* (cuando existe demasiada estimulación y grandes retos profesionales en el puesto) y por *pobreza de rol* (posiciones en las que existe muy poca estimulación y escasos retos profesionales). En ambos casos los sujetos sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen, y sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase del proceso, el sujeto utiliza diversas estrategias de afrontamiento. Estas estrategias favorecen un distanciamiento del profesional de la situación laboral estresante. Pero este distanciamiento puede tener un carácter constructivo (cuando el profesional no se implica en el problema del usuario aunque le atiende sin eliminar la empatía), o por el contrario un carácter anti productivo (cuando el distanciamiento conlleva indiferencia emocional, cinismo, rigidez en el trato, o ignorar a la persona). En este segundo caso se habla de

Síndrome de Burnout, pues el distanciamiento anti productivo se corresponde con el constructo de la Despersonalización. Posteriormente el sujeto desarrollará una experiencia de baja realización personal en el trabajo y a corto plazo cansancio emocional. Cuando el sujeto se encuentra en fases avanzadas del síndrome su satisfacción profesional es nula, su implicación en el trabajo está bajo mínimos, lo mismo que su realización personal. El sujeto experimenta más tensión psicológica y tiene problemas psicosomáticos. El rendimiento es deficiente y no es raro que el sujeto falte al trabajo a menudo, o por enfermedad u otras causas.

Tanto el modelo de Leiter como el de Golembiewski han presentado evidencias empíricas parciales, pero insuficientes.

Inicialmente la mayoría de los modelos teóricos enfatizaron la relevancia de los aspectos organizacionales en la explicación del burnout, sin embargo progresivamente se ha ido destacando la necesidad de tomar en consideración la interacción persona-ambiente (Cherniss, 1980 citado en Moreno Jiménez, 1999) como un factor fundamental para su adecuada comprensión (González Roma, Hernández, Peiró & Muñoz, 1995 citado en Moreno Jiménez, 1999), a la vez que se ha confirmado cada vez con más fuerza el valor causal de las variables organizacionales dentro del síndrome. En el modelo interaccionista, las variables relativas a la persona gozan de un lugar privilegiado en la explicación del burnout.

Gil-Monte y Peiró en 1997 elaboraron un modelo sobre la etiología, proceso y consecuencias del síndrome de burnout, desde un enfoque transaccional en el que se recogen variables organizacionales, individuales y estrategias de afrontamiento. Según estos autores el síndrome se inicia con el desarrollo de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a estos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales, que a pesar de no ser eficaz en el trabajo, evita implicaciones personales que pueden agravar la sensación de agotamiento. Esta perspectiva integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales. Es decir, los resultados dependerán en gran medida de la interpretación que haga la persona de la situación estresante y de los recursos que dispone para afrontarla.

Según Manzano la relación es más compleja que la simple relación lineal entre los componentes. Propone que el proceso del desarrollo del síndrome puede variar según la profesión y el contexto situacional del sujeto. Sostiene, en base a su experiencia, que el cansancio emocional es la segunda fase del proceso y está tan cercana a la despersonalización que los síntomas de ambas pueden presentarse a la vez, e incluso, en ocasiones, alternativamente.

Otros autores prefieren profundizar en la diferenciación de los componentes implicados, quedando la baja realización personal y el cansancio emocional ligados al concepto de tensión, consecuencia del agotamiento causado por el estrés, mientras que la despersonalización sería una estrategia de afrontamiento. También se postula que la despersonalización y el cansancio emocional tendrían una base afectivo/emocional frente al carácter cognitivo/aptitudinal de la falta de realización personal, muy relacionada con la autoconfianza y las expectativas de autoeficacia.

La dimensión de la despersonalización es la menos fiable de las tres que conforman el síndrome de burnout por la naturaleza misma del concepto, en el que pueden considerarse dos aspectos diferentes:

- Puede entenderse en un sentido negativo como una falta de sentimientos y una respuesta fría, impersonal e incluso despectiva hacia los clientes;
- Puede considerarse como una variable mediadora y protectora del síndrome, al permitir que el sujeto se implique menos emocionalmente y ponga distancia entre él y los problemas de los clientes.

Buendía y Ramos en 2001 resaltan que una única perspectiva no parece dar una explicación completa y satisfactoria sobre la etiología del Síndrome, la cual pasa por integrar variables recogidas en las tres perspectivas (individual, social y organizacional). (Ramos & Buendía, 2001).

### **III.4 Variables predisponentes**

Las variables estudiadas como posibles desencadenantes o facilitadoras del Burnout provienen de fuentes diversas que, en general, suelen estar relacionadas con la situación social y demográfica del sujeto, con el ambiente y condiciones en que desarrolla su trabajo y con su propia disposición y características personales (Schaufeli, Maslach & Marek, 1993; Topa-Cantisano & Morales-Domínguez, 2007; Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang, & González, 2008 citado en Fernández Martínez, 2009).

Dentro de las características (Farber, 1983; Cherniss, 1995) podemos destacar:

- 1.- El Burnout aparece en profesiones que requieren de una formación rigurosa para desarrollar las habilidades y capacidades específicas de la profesión.
- 2.- El Burnout se da en profesionales que trabajan con un contacto emocional intenso ofreciendo ayuda a personas necesitadas de la misma.
- 3.- El Burnout se da en profesionales muy motivados, que empiezan a trabajar con iniciativa y dedicación.

Las profesiones de ayuda cuentan con un alto componente emocional, no sólo porque la implicación emocional es imprescindible, sino también porque la competencia

profesional se corrobora a partir de la sensación de satisfacción. El profesional de ayuda se siente cuestionado cuando, a pesar de su implicación emocional en la relación, los resultados indican fracasos reiterados.

En la actualidad el protagonismo del Burnout se debe a que son cada vez más las personas que lo padecen, porque los requerimientos competitivos de la sociedad actual son cada vez mayores (Redondo, 2008).

En particular, en la Argentina posiblemente el índice de personas que sufren Burnout sea superior a otras partes del mundo, sobre todo si consideramos las características que ha adoptado el mercado laboral en los últimos años (Redondo, 2008): escasas ofertas de empleo, flexibilización de la legislación laboral con la consecuente inestabilidad y precarización de los contratos laborales, cambios en los procesos productivos, y demás. Esto da lugar a que las personas ocupen puestos que no son de su agrado o interés o bien para los cuales están sobre calificados, con el consecuente malestar que esto acarrea, encontrándose en un escenario en el que predomina la vulnerabilidad.

#### **III.4.1 Variables personales**

Como se ha comentado anteriormente, los factores individuales juegan un papel muy importante en el desarrollo del síndrome, efecto que se constató desde los primeros momentos del estudio del burnout.

Las personas no llegan al ambiente laboral libres de toda influencia, muy al contrario, llevan consigo todas sus experiencias, sus vivencias, su aprendizaje y su forma de ser. Las personas deben aprender a integrar todo esto en su ambiente laboral, esto parece que no siempre resulta fácil. No se puede aceptar el hecho de que “sentirse quemado” pueda deberse única y exclusivamente a las variables de carácter organizacional que están presentes en el ambiente laboral.

Se han realizado numerosos estudios que relacionan las variables o tipos de personalidad con el burnout. Los mismos determinan que aproximadamente un tercio de la varianza del burnout se explica por la personalidad.

La tendencia más consistente en los últimos años se ha orientado a vincular el burnout y las variables de personalidad propias del enfoque activo y positivo de la salud, el llamado modelo salutogénico de salud. Este enfoque propone considerar la salud como una variable dinámica entre los polos de la enfermedad y el bienestar de la persona. La ubicación de la persona a lo largo del continuo sería dinámica, en continua modificación, dependiendo tanto de las variables orgánicas como de las variables contextuales y personales.

Los modelos salutogénicos han enfatizado la relevancia de las variables personales del sujeto, especialmente las variables activas y positivas que identifican un estilo de conducta ante los factores de estrés (Moreno, Morante, Rodríguez & Rodríguez, 2008 citado en Fernández Martínez, 2009).

Uno de los modelos salutogénicos es el desarrollado por Antonovsky en 1979, con el concepto central del sentido de coherencia, el cual está relacionado desde hace años con la experiencia de estrés, ya que los componentes centrales de la misma se puede considerar que son ver la vida como impredecible, incontrolable o que nos sobrepasa (Lazarus, 1966; Glass & Singer, 1972; Averill, 1973; Seligman, 1975; Cohen, 1978, citado en Fernández Martínez, 2009), aspectos relacionados, en su vertiente positiva, con el concepto del sentido de coherencia.

En este sentido, Pines y Keinan en 2005 sugieren que el tratamiento del burnout se debe focalizar en conseguir que aumente el sentido de importancia para las personas de su trabajo y su significado.

La personalidad tipo A se caracteriza por manifestar impaciencia, urgencia temporal, competitividad, hostilidad y compromiso excesivo con el trabajo. Estas características la predisponen a sobrecargarse de trabajo y a percibir las situaciones y los eventos como más estresantes, factores ambos, favorecedores de burnout. (Otero López, Santiago & Castro, 2008 citado en Fernández Martínez, 2009).

La personalidad resistente se caracteriza por creencias acerca de las propias capacidades y la importancia que tiene lo que uno hace (compromiso), creencia en que puede influir en los eventos y sus resultados (control) y creencia de que el cambio, más que la estabilidad, es la norma de la vida (reto). Estas características de la personalidad resistente van unidas a sentimientos de autoconfianza, autoestima y autoeficacia. Variables todas ellas que previenen el burnout. (Moreno, Morett, Rodríguez & Morante, 2006; Otero-López et al., 2008 citado en Fernández Martínez, 2009).

El locus de control es la creencia generalizada de que los eventos de la vida y sus consecuencias son controlados por las propias decisiones (locus interno) o por fuerzas externas (locus externo). Desde esta perspectiva, las personas con locus de control externo, son más propensas a sentirse quemadas por el trabajo (Mazur & Lynch, 1989 citado en Fernández Martínez, 2009).

Desde el marco que nos proporciona el modelo de demandas-recursos es interesante prestar también atención a unos recursos personales como son las estrategias de afrontamiento. Parece existir un amplio acuerdo respecto al papel modulador de las mismas en la etiología del burnout (Hernández, Olmedo e Ibáñez, 2004).

Las personas que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centradas en el problema reflejan menos sentimientos de quemarse por el trabajo que las personas que emplean estrategias de evitación/escape o estrategias centradas en la

emoción. La utilización de estrategias activas de resolución de problemas se relaciona con la menor probabilidad de padecer el síndrome de burnout (Anderson, 2000; Gallagher, 2004; Morán, 2005 citado en Fernández Martínez, 2009).

Se han encontrado correlaciones significativas en sentido negativo entre el Cansancio Emocional y las estrategias de afrontamiento focalizadas en la solución de problemas, así como también una correlación, en este caso en sentido positivo con la estrategia de evitación y autofocalización negativa. La dimensión de realización personal correlaciona positivamente con las estrategias de afrontamiento focalizadas en la solución de problemas.

El afrontamiento cobra una gran relevancia para la intervención preventiva, en el sentido que estrategias de afrontamiento adecuadas pueden ayudar en gran medida a reducir la aparición y desarrollo del síndrome de quemarse en el trabajo. (Gil-Monte & Peiró, 1997, citado en Blanch Plana, Aluja Fabregat & Biscarri Gassió, 2002)

### **III.5 El burnout y las profesiones de la salud**

En los últimos años el Síndrome de Burnout ha adquirido especial relevancia, principalmente por la serie de repercusiones que tiene en el ámbito laboral y personal. La salud laboral del personal sanitario puede incidir tanto en la calidad prestada como en su formación. Existen numerosos estudios sobre la prevalencia de este síndrome en diferentes profesionales de la salud. El contacto estrecho con los pacientes y la sobrecarga de trabajo son las principales causas de este síndrome.

El Síndrome de Burnout fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como riesgo de trabajo. Su trascendencia radica en el impacto que tiene en la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones de salud.

Una característica común a todos los profesionales de la salud es que trabajan con personas que tienen problemas, bajo una fuerte presión y se ven sometidos a un grado elevado de estrés al tener que resolver estas demandas con los recursos disponibles. (Ortega & López, 2004; Bernaldo de Quirós-Aragón & Labrador-Encinas, 2007 citado en Fernández Martínez, 2009).

Entre los factores de estrés se destacan: la presión del tiempo, tratar con la muerte y el sufrimiento, la incertidumbre, cubrir las necesidades y las demandas de los pacientes, las interrupciones y el conflicto casa/trabajo (McCue, 1982; Linn, Yager, Cope & Leake, 1985; Ortega, Rout & Rout, 1993, 1994, 1995; López & Gómez, 2009; citado en Fernández Martínez, 2009).

Entre los médicos el Burnout está en aumento y está empezando a aparecer durante el inicio de su carrera profesional en el periodo de residencia. Los médicos experimentan factores de estrés únicos en su sexo: prejuicios contra las mujeres en esta

profesión, falta de modelos a los que seguir y conflictos relacionados con el papel de la mujer, presión adicional de las obligaciones familiares.

### **III.6 Estrategias de Prevención**

En la actualidad se pueda contar con procesos de intervención interdisciplinarios (médico o psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social y empresa) donde se sugieren ajustes organizacionales (estrategias organizacionales), el apoyo entre compañeros de trabajo (estrategias grupales) y el tratamiento individual (estrategias individuales) (Gil-Monte & Peiró, 1997; Gil-Monte, 2003 citado en Quiceno & Vinaccia, 2007).

En el nivel individual es necesario realizar una labor educativa con el fin de modificar y/o desarrollar actitudes y habilidades que permitan mejorar la capacidad de los profesionales para enfrentar las demandas de su trabajo, realizando actividades externas al trabajo, como mantener relaciones personales, familiares y de compromiso social, haciendo relevancia específicamente en los siguientes aspectos: que la persona logre diferenciar de forma clara la vida profesional de la vida personal, se trabaje el autocontrol frente a la presión laboral, que la persona trate de no implicarse emotivamente, saber decir No, que la persona aprenda a poner límites a la sobrecarga de trabajo a través de la organización del tiempo sin dejarse distraer por reuniones, que la persona visite al profesional idóneo cuando se empiezan a percibir los síntomas, y tome vacaciones o días de descanso tras un esfuerzo prolongado, independientemente de los resultados obtenidos (Gil-Monte & Peiró, 1997; Gil-Monte, 2003 citado en Quiceno & Vinaccia, 2007).

Como estrategias preventivas en el nivel organizacional se considera importante combatir las fuentes de estrés que genera el trabajo mediante la variedad y flexibilidad de la tarea, realizando además programas educativos donde se resalte la conformación de equipos de trabajo de modo que el personal participe en los procesos organizacionales y que a su vez tenga un adecuado reconocimiento por la labor que desempeñan mediante refuerzos sociales, buscando con ello aumentar su nivel de compromiso con la institución, lo que eventualmente podría verse reflejado en una mayor productividad y una mejor calidad en la prestación de los servicios. De esta manera, todas las estrategias deben apuntar a evitar y disminuir el estrés laboral y con ello la probabilidad de que se desarrolle el síndrome del burnout (Vinaccia & Alvarán, 2004).

El Burnout es un Síndrome que agrupa un conjunto de síntomas psicológicos y físicos que van evolucionando en el tiempo debido a la interacción de factores internos (variables de personalidad) como externos (entorno laboral), pero en definitiva el entorno laboral es el decisivo de la etiología de los síntomas y su curso. Y a la par con las condiciones del trabajo, los recursos personales con que cuente el individuo o la forma como la persona interprete o maneje las situaciones influyen en la frecuencia e intensidad del síndrome (Gil-Monte, 2005 citado en Quiceno & Vinaccia, 2007).

Por último, todas estas aproximaciones e intentos por dar respuesta a este fenómeno que afecta hoy los espacios laborales han llevado por un lado a que algunos países como Brasil y España reconozcan en cierta medida en la jurisprudencia al síndrome del Burnout como una problemática socio laboral.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, aprobada por el Parlamento español en 1995, y la Directiva Europea *han reconocido que el "burnout" producido por el desempeño del trabajo es un accidente laboral.*

En Brasil, la legislación que regula las prestaciones por accidente laboral reconoce explícitamente que el Burnout es una patología susceptible de ser originada por agentes o por factores de riesgo de naturaleza ocupacional relacionados con la etiología de enfermedades profesionales.

En Chile se le ha otorgado un tratamiento legal similar.

Al respecto, la legislación Argentina está considerando su inclusión como problema de salud vinculado al trabajo con derecho a algún tipo de indemnización

Con todo lo anterior se pretende en última instancia que el trabajador tenga una mejor calidad de vida en todas las áreas de su actividad, y las empresas tengan personas saludables y motivadas para la consecución de las metas y objetivos organizacionales y el logro de la visión y misión, donde esta interacción diádica persona-empresa sea un espacio socio temporal como oportunidad de crecimiento y desarrollo en el ciclo vital de la persona y la organización.



# **Capítulo IV: Historia y antecedentes del Modelo Salutogénico**

## **Capítulo IV**

### ***Del modelo médico al enfoque salutogénico***

El modelo médico se organizó desde y hacia la enfermedad, como lo atestiguan las siguientes definiciones de Medicina: Ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano (RAE, 2001 citado en Casullo, 2008). Diagnóstico, pronóstico, curación y prevención son términos que acompañan a esta óptica. Con el tiempo el modelo, al que se le deben importantes avances, se extendió a las Ciencias Sociales.

El modelo médico comienza a manifestarse como insuficiente a mediados del siglo XX.

El 7 de abril de 1948 se constituyó la Organización Mundial de la Salud, como un organismo especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud de ámbito mundial. El objetivo más ambicioso de la OMS era lograr que todos los pueblos alcanzasen el nivel de salud más elevado posible.

Este magnánimo interés, concordante con el optimismo de la época, se pone de relieve en la Carta Magna promulgada por esta organización, cuyos puntos sobresalientes son:

- El ser humano tiene derecho a gozar del más alto grado de salud.
- La salud de todos los pueblos es fundamental para el logro de la Paz y la Seguridad y dependen de la cooperación de los individuos y de las naciones.
- La desigualdad en la promoción de la salud en los diferentes países y en el control de las enfermedades, especialmente las transmisibles, constituye un estado de riesgo general.
- La opinión informada y la cooperación activa del público son de vital importancia para el progreso de la salud en las naciones.
- Los gobiernos tienen responsabilidad de velar por la salud de sus pueblos.

En la línea de estos elevados objetivos, la OMS propuso definir la salud en 1947 como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad.

A partir de los años 80 del siglo pasado, y ya no solo desde la Medicina sino también desde las ciencias sociales, germina el concepto de promoción de la salud que anticipa al nuevo modelo: el enfoque salutogénico.

Prevención de la enfermedad y promoción de la salud se diferencian claramente: Mientras que el primer concepto apunta a la enfermedad y su patogénesis, el segundo apunta a la salud y su salutogénesis (Godoy, 1999 citado en Casullo, 2008).

La promoción de la salud se instala en las organizaciones internacionales de la salud como una nueva plataforma de observación y acción que completa a la prevención de la enfermedad. Desde la promoción no se busca simplemente la evitación de la enfermedad sino fundamentalmente el incremento de la salud y el bienestar en general. A su vez el peso de las evaluaciones, decisiones y acciones se comparte entre los profesionales expertos y los recursos de la comunidad toda, siendo que los destinatarios no son solo los grupos de riesgo sino la comunidad en su conjunto.

Godoy (1999, citado en Casullo, 2008, 15) define la promoción de la salud como:

(...) El conjunto de actuaciones encaminadas a la protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud y, a nivel operativo, al conjunto de actuaciones (centradas en el individuo y/o en la comunidad relacionados con el diseño, elaboración, aplicación y evaluación de programas y actividades encaminadas a la educación, protección, mantenimiento y acrecentamiento de la salud.

La carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, realizada en 1986 con treinta y ocho países participantes, marca un hito en el desarrollo de las estrategias de promoción de la salud.

Por la misma época, Aaron Antonovsky, desde el ámbito de la Sociología de la Medicina, postula la Orientación Salutogénica con fuerte influencia en el modelo de la promoción de la salud y en el enfoque salutogénico. Propone ver la salud/enfermedad como extremos de un continuo más que como posiciones dicotómicas, y se interesa por estudiar aquellos factores que promueven movimientos hacia el extremo favorable de dicho continuo. Aporta, entre otros, los conceptos de “recursos generalizados para resistir” y “sentido de coherencia”. Describe a este último como una orientación global del ser humano que expresa el grado en que posee sentimientos de confianza acerca de: 1) los hechos que le toca vivir; 2) los recursos con los que cuenta para responder a los estímulos de dichos hechos; y 3) el desafío permanente que resulta del solo hecho de vivir (Antonovsky, 1987 citado en Casullo, 2008).

Respecto al desarrollo histórico de la emergencia del modelo salutogénico en el campo de la Psicología se puede recalcar que en el siglo XIX la naciente ciencia adopta el modelo médico. Si la medicina se ocupaba de curar el cuerpo, la Psicología debía ocuparse de manera isomórfica de curar el psiquismo.

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la Psicología tenía tres misiones: curar la enfermedad mental, hacer la vida de las personas más plenas e identificar y alimentar el talento (...) (Después de la Segunda Guerra) las otras dos misiones (...) han sido completamente olvidadas. (Seligman, 1998 citado en Casullo, 2008)

La Psicología nace con una misión: el estudio del psiquismo humano. A poco de andar se centra primariamente en el estudio de la enfermedad de dicho psiquismo. La Segunda Guerra Mundial no hace más que acentuar ese sesgo a causa de la proliferación

de enfermedades asociadas con los traumas de guerra. Es precisamente en la postguerra-los años 50 y 60- donde por primera vez se hace foco explícito en los aspectos saludables del psiquismo.

La primera escuela psicológica en advertir las limitaciones del modelo médico fue la Psicología Humanística, y como tal, puede considerarse la pionera en el campo del enfoque salutogénico en Psicología. Abraham Maslow, uno de sus fundadores, propone que la Psicología estudie el comportamiento y la mente humana a partir de sus capacidades y no solamente sus falencias.

Se inaugura así en forma explícita el enfoque salutogénico en Psicología.

A partir de los años 80 del siglo XX, paralela en el tiempo a la emergencia del concepto de promoción de la salud en los organismos internacionales de la salud y a la orientación salutogénica en la Sociología de la Medicina, la Psicología renueva un progresivo interés por estudiar las dimensiones positivas o salutogénicas del ser humano.

El enfoque salutogénico en Psicología tiene como más reciente manifestación a la Psicología Positiva inaugurada, por Seligman a fines del siglo XX.

Desde el paradigma salutogénico se gestan dos nuevos criterios de salud. El primero es el aportado por Maslow (1954) en el marco de su teorización sobre la Autorrealización (self-actualization). Para este autor la salud o la normalidad consiste en la actualización de la esencia de la naturaleza humana, la cual tiene necesidades, capacidades y tendencias organizadas jerárquicamente, siendo estas buenas o neutras.

La Psicología Positiva, por otra parte, sustituye el concepto de salud mental por otros entre los que se encuentran el de felicidad, vida plena, crecimiento psicológico saludable o bienestar, pudiendo este ser psíquico o subjetivo según sea evaluado en forma objetiva o subjetiva respectivamente. Los términos se encuentran circularmente implicados, funcionando como causa-efecto unos de otros.

El concepto de salud psíquica evoluciona en la historia de la Psicología desde la ausencia de enfermedad psíquica hacia el funcionamiento psíquico pleno o bienestar psíquico (criterio objetivo) que se percibe como una vida plena o bienestar subjetivo (criterio subjetivo).

El enfoque salutogénico aporta las siguientes características a la idea de salud mental:

- Se trata de un proceso no de un estado
- En ese proceso están implicados micro procesos que interactúan de manera sistémica.

- Permite y requiere de una doble evaluación: 1) subjetiva, como una sensación interna de plenitud, bienestar o felicidad, y 2) objetiva, a través de su funcionamiento social.

#### **IV.1 Definiendo la Psicología Salutogénica o Positiva**

El movimiento de la Psicología Positiva surgió en el contexto de la psicología norteamericana a finales del siglo XX. El impulsor de esta corriente psicológica fue Martin Seligman en 1998; siendo presidente de la American Psychological Association da a conocer en su discurso inaugural su nuevo mandato; el mismo, tendrá como misión enfatizar el interés hacia una Psicología “más positiva” es decir, retomar los objetivos olvidados de esta ciencia tradicionalmente centrada solo en curar la enfermedad, fortalecer y hacer más productiva la vida de las personas normales y promover la actualización del potencial humano.

Seligman (2003, citado en Casullo, 2008, 23) en un principio se interesó sobre los temas de la indefensión aprendida y la depresión. Según sus propias palabras:

Trabajando en el seno de un modelo de enfermedad, me he beneficiado de más de treinta años ininterrumpidos de becas para estudiar la indefensión en los animales y luego en personas. Sin embargo su trabajo como psicoterapeuta lo lleva a cuestionarse este modelo.

(...) veo pacientes para quienes el modelo de enfermedad es aplicable, pero también pacientes que mejoran de forma notoria bajo una serie de circunstancias que no encajan en el modelo de enfermedad. Presencio crecimiento y transformación en estas personas cuando se dan cuenta de lo fuertes que son en realidad.

Seligman (2003) en búsqueda de respuesta a la pregunta “¿Qué tienen algunas personas que les confiere una fortaleza que actúa como barrera y las hace invulnerables a la indefensión?” (p. 43), el autor realiza investigaciones sobre el optimismo que tuvieron gran repercusión, tanto en el ámbito científico como en el popular.

Según el relato de los propios protagonistas, el germen de esta idea habría surgido un año antes cuando Seligman y Mihaly Csikszentmihalyi se conocieron en un centro vacacional.

En un primer momento, Seligman consideró que el énfasis debía estar en la prevención y reunió un grupo de doce investigadores destacados en este campo para planificar las tareas. Pronto se dio cuenta que seguía enfocado sobre la enfermedad, ya que el objetivo era meramente evitarla o minimizar sus efectos. Finalmente tuvo la certeza de cuál era el camino, traspolando al campo de la Psicología una intuición sobrevenida en una interacción con su hija Nikki de tres años (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000 citado en Casullo, 2008):

Seligman (2003) “Entonces caí en la cuenta que educar a los hijos era mucho más que evitar que vayan por el camino equivocado. Consistía en reconocer y desarrollar sus

fortalezas y virtudes, y ayudarlos a encontrar el espacio en el que puedan expresar de forma plena tales rasgos positivos". (p.55)

El cambio de enfoque desde el centramiento en la enfermedad al desarrollo de las potencialidades que Seligman percibe claramente en la búsqueda de su misión presidencial, ya se venía gestando desde otras disciplinas y también en la propia Psicología, en forma más o menos explícita. Seligman tuvo la virtud de actuar como cristizador de una tendencia en ciencias sociales que emergía progresivamente, cada vez con más fuerza, desde décadas atrás. Su aporte consistió en identificarla, nombrarla, adaptarla a los cánones ortodoxos de la ciencia, organizarla en una estructura programática e impulsar su investigación y difusión.

A esta tendencia, podría ser denominada en forma amplia enfoque salutogénico. De la mano de Seligman y sus colaboradores el enfoque salutogénico se hace visible y completa al modelo médico, hegemónico en la ciencia psicológica.

La **Psicología Positiva** es el estudio científico del funcionamiento psíquico óptimo:

- Tiene como objetivo ampliar el foco desde la preocupación casi exclusiva por reparar el daño hacia un énfasis en el fortalecimiento de las cualidades positivas o de desarrollo de las potencialidades humanas. No pretenden reemplazar sino completar el modelo médico que la ciencia psicológica sostuvo durante la mayor parte de su historia.
- Se preocupan por investigar el bienestar psíquico y subjetivo. Siguiendo esta línea entonces, orientan la investigación sobre: a) las experiencias positivas subjetivas, b) los rasgos positivos individuales y c) las instituciones que generan.
- Intentan identificar, medir y promover este bienestar en individuos, grupos y sociedades.
- Seligman y Csikszentmihalyi (2000) Se proponen hacer esto con rigurosidad científica tratando de "(...) adaptar lo mejor del método científico a los problemas únicos que la conducta humana presenta a aquellos que quieren entenderla en toda su complejidad". (p. 7).

#### **IV.2 Enfoque salutogénico en la Argentina**

La Argentina es pionera en cuanto a la investigación y difusión de la Psicología Positiva. María Marta Casullo, líder indiscutida de esta corriente en nuestro país, fue quien

hizo posible que tuviera lugar en agosto del año 2006 el Primer Encuentro Iberoamericano de Psicología Positiva en la Universidad de Palermo. Casullo ha realizado, junto a sus colaboradores, numerosas investigaciones desde el modelo salutogénico sobre temas tales como la evaluación del bienestar psicológico, el liderazgo, la capacidad de perdón, la sabiduría o los estilos de apego. (Mariñelarena- Dondena, 2012).

Bajo su impulso la Psicología Positiva se inserta también en las universidades argentinas. En ese contexto, desde el punto de vista institucional, se ha destacado la importancia de la recepción del enfoque salutogénico en psicología en el ámbito universitario.

Se pueden identificar al menos dos momentos bien diferenciados en la recepción y desarrollo de la Psicología Positiva en la Universidad de Buenos Aires. En el primero se inscriben las investigaciones en el campo que María Martina Casullo definió como *psicología salutogénica o positiva*, entre 1998 y 2003. En el segundo momento, se analiza la fuerte impronta del movimiento de la Psicología Positiva, en particular desde el año 2004.

*Primeras investigaciones en psicología salutogénica o positiva en la Universidad de Buenos Aires (1998-2003).*

En el año 1998 comenzó a desarrollarse bajo la dirección de María Martina Casullo el proyecto de investigación subsidiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad de Buenos Aires (UBACyT) *Factores Salutogénicos en Población Adolescente y Adulta: Estudio sobre la Psicomorfología de la Salud Mental*. El propósito de dicho proyecto consistía en estudiar los factores protectores o salutogénicos, generadores de salud; en contraposición al estudio de los factores de riesgo, es decir, aquellos que incrementan la probabilidad de que una determinada patología se desarrolle en una persona o grupo. Dichos factores de riesgo constituyen el objeto de estudio de las investigaciones epidemiológicas.

Una de sus principales hipótesis señalaba que el estudio de los factores o variables que originan comportamientos sanos, les permitiría comprender cómo los sujetos son capaces de afrontar con éxito las situaciones críticas y estresantes de la vida.

Casullo remarcaba cómo a través de las investigaciones epidemiológicas que realizó desde el año 1984, centradas en estudiar los factores de riesgo en adolescentes, observó la existencia de *factores salutogénicos o protectores* que impedían la estructuración de patologías:

Casullo (2000) señala:

La experiencia personal en el campo de las investigaciones epidemiológicas desde el año 1984 así como la concreción de proyectos de investigación subsidiados por la Universidad de Buenos Aires sobre depresión, riesgo suicida y malestar psicológico en adolescentes, han permitido estudiar el impacto de los factores de riesgo, entendidos como aquellos procesos y situaciones que favorecen la estructuración de patologías, convirtiendo al sujeto en alguien vulnerable. En el marco de tales investigaciones, ha sido posible constatar que las mismas situaciones pueden inhibir la aparición de lo patológico promoviendo la génesis de las situaciones de resistencia (*resilience*) sobre la base de procesos salutogénicos o protectores, que incorporan tanto aspectos personales/subjetivos como ambientales y culturales diversos. (p. 341)

Casullo (2000) define a la psicología salutogénica o positiva como “un nuevo paradigma de reflexión teórica y metodológica” (p. 341). La misma hace hincapié en el estudio de las dimensiones positivas o salutogénicas de la personalidad.

Casullo (2000) afirma que:

La salutogénica es una capacidad inherente al hecho de estar vivos. Destaca la existencia de variables potencialmente salutogénicas que hacen posible un desarrollo sano. Entre dichos factores protectores menciona los siguientes: el sentido de coherencia, la fortaleza, la autoeficacia aprendida, el locus de control, la “resilience” capacidad de resistencia, los mecanismos de defensa maduros, el bienestar psicológico, las estrategias de afrontamiento, la sabiduría en tanto pragmática de la vida, los talentos y la creatividad. (p. 345)

En las primeras investigaciones que comenzó a diseñar María Martina Casullo, vinculadas con la psicología salutogénica o positiva, puede apreciarse la influencia de la orientación salutogénica desarrollada por Aaron Antonovsky desde el campo de la sociología de la medicina. En su opinión, Casullo (2000) “el interés por el denominado enfoque salutogénico nos llevó a contactarnos con la obra del psicólogo israelí A. Antonovsky”. (p. 341).

Desde las teorías psicológicas, Casullo incorpora los aportes de Carol Riff sobre el bienestar psicológico. Dicha autora sostiene que el mismo constituye un constructo multidimensional. En ese contexto, entonces, Casullo y Castro Solano en el 2000 desarrollaron una escala breve para la evaluación del bienestar psicológico en adolescentes. Definen al bienestar como el componente cognitivo de la satisfacción, resultado de la integración que las personas hacen sobre cómo les fue o les está yendo en el transcurso de sus vidas.



Los resultados obtenidos verificaron que el bienestar psicológico constituye un factor protector de la salud mental, dada la existencia de una correlación negativa entre el constructo analizado y la presencia de síntomas psicopatológicos (Casullo & Castro Solano, 2000).

*La impronta del movimiento de la Psicología Positiva (2004-2008).*

El rasgo central de este segundo momento fue la impronta del movimiento de la Psicología Positiva, cuyo origen se sitúa en el año 1998 en el discurso inaugural de Martin Seligman como presidente de la *American Psychological Association* (APA) (Gancedo, 2008).

No obstante, la relación con el primer momento es, por lo menos, ambigua. Es decir, por una parte, encontramos a partir del año 2004 las primeras referencias a Seligman y a los principales autores del movimiento que nos ocupa; pero, al mismo tiempo, Casullo seguía refiriéndose a la psicología salutogénica o positiva, término que ella misma acuñara en el año 2000 como mencionamos anteriormente.

En este marco, se desarrolló a partir del año 2004 el proyecto de investigación UBACyT *Compromiso ético, fortalezas humanas y desafíos contextuales específicos: desarrollo de técnicas de evaluación psicológica de propuestas de la psicología salutogénica o positiva*. El mismo se proponía estudiar los comportamientos humanos desde una perspectiva positiva. Cabe destacar aquí las hipótesis de las cuales partió la investigación de los autores Casullo & Fernández Liporace (2006):

La presencia de las variables salutogénicas permite diferenciar entre grupos sanos y en riesgo. b) La implementación de intervenciones psicológicas breves, focalizadas en los constructos salutogénicos, disminuye las situaciones de riesgo y mejora las condiciones de salud psíquica.

(p. 262).

En definitiva, Casullo sostenía que los esfuerzos debían centrarse en identificar las dimensiones salutogénicas de la personalidad, para luego proponer programas de intervención orientados al desarrollo de dichas variables, contribuyendo de esta manera al objetivo final del enfoque salutogénico en psicología: la promoción de la salud. Sin perjuicio de ello, señalaba la importancia de estudiar tanto las debilidades como las fortalezas del sujeto, buscando comprender cómo muchas personas logran una resolución salutogénica frente a situaciones adversas:

Así, Casullo & Fernández Liporace (2006):

El paradigma Positivo implica la reorientación del foco atencional, con el fin de analizar tanto las debilidades cuanto las fortalezas inherentes a individuos y contextos. Desde este punto de vista, el interés recae en comprender y explicar de qué manera y por medio de qué mecanismos, aún ante circunstancias de máximo estrés, muchas personas son capaces de desarrollar emociones positivas, recursos de afrontamiento eficaces, proyectos de vida productivos y fortalezas varias. Interesa, entonces, identificar los factores, circunstancias y procesos que favorecen esa resolución salutogénica. (p. 262)

Es oportuno advertir que la evaluación psicológica fue y sigue siendo una de las áreas de mayor desarrollo dentro de la Psicología Positiva en nuestro país. María Martina Casullo concebía a la evaluación psicológica como un área de la psicología, tanto básica como aplicada, que brinda la posibilidad de analizar los comportamientos humanos en los distintos campos o contextos del quehacer profesional del psicólogo (Casullo, 1999).

Por otra parte, María Martina Casullo (2005) acuñó el concepto de capital psíquico definiéndolo como “ese conjunto de factores y procesos que permiten aprender a protegerse y a sobrevivir, a generar fortalezas personales” (p. 61) presentando una categorización de los recursos cognitivos, afectivos y psicosociales que lo integran. Pero fue más allá y planteó una comparación con la clasificación de virtudes y fortalezas del carácter propuesto por Peterson y Seligman (2004) en su manual de sanidades. Incluso llegó a afirmar que el constructo capital psíquico incluye dentro de los recursos que lo integran dichas virtudes y fortalezas del carácter:

Casullo y Fernández Liporace (2006) afirman que:

Este concepto engloba una serie de *fortalezas de carácter o virtudes* que, en su interrelación, forman este capital psíquico con que cada individuo cuenta, que le sirve para afrontar las vicisitudes de su vida cotidiana en particular y de su ciclo vital en general. (p. 262).

Cabe destacar que el concepto de capital psíquico ha sido operacionalizado en una escala autoadministrable CAPPPI que todavía se encuentra en etapa de ajuste y análisis de su calidad psicométrica.

Se ha señalado que la psicología argentina se encuentra desde el año 1983 en el período de su plena institucionalización, encaminándose hacia un horizonte de mayor pluralismo teórico y profesional (Klappenbach, 2006 citado en Mariñelarena Dondena, 2012). En ese contexto general, se analizó la recepción de la Psicología Positiva en la Universidad de Buenos Aires en los albores del siglo XXI.

Puede apreciarse que las investigaciones dirigidas por María Martina Casullo sobre los factores de riesgo en adolescentes le permitieron observar la existencia de factores protectores que impedían la estructuración de patologías, aún frente a situaciones ambientales adversas. Dichos resultados la llevaron a plantear, en singular paralelo cronológico con el surgimiento del movimiento de la Psicología Positiva en Estados Unidos de Norteamérica a finales del siglo XX, la existencia de un nuevo paradigma de reflexión teórica y metodológica: la psicología salutogénica o positiva (Casullo, 2000; Gancedo, 2009).

En ese marco, la temprana recepción de la Psicología Positiva se haría a través del tamiz de la orientación salutogénica desarrollada por Aaron Antonovsky, destacándose también la influencia de la teoría de Carol Ryff sobre el bienestar psicológico.

Por otra parte, a partir del año 2004 puede observarse una fuerte impronta del movimiento de la Psicología Positiva liderado por Martin Seligman a nivel internacional. Dos cuestiones deben ser destacadas.

La primera es la noción de capital psíquico propuesta por Casullo (2005), entendiéndolo como un concepto que engloba los recursos cognitivos, afectivos y psicosociales con los que cada sujeto cuenta. La segunda, son los aportes realizados a nivel local en la creación y adaptación de escalas que evalúan constructos vinculados con este campo del conocimiento.

Finalmente, cabe remarcar que desde sus inicios a finales del siglo XX la Psicología Positiva ha experimentado un permanente y sostenido crecimiento a nivel internacional (Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006; Gancedo, 2008 citado en Mariñelarena-Dondena, 2012).

### **IV.3 El modelo Salutogénico: Su influencia en la Promoción de la Salud**

Desde la proclamación de la nueva concepción de salud, realizada en los albores de la constitución de la Organización Mundial de la Salud hasta la proclamación oficial de la Promoción de la Salud como objetivo de las políticas de salud pública, realizada en la Carta de Ottawa, la atención se fue centrando cada vez más en el desarrollo y potenciación de los recursos de salud para la población. Los principales testigos de este cambio de perspectiva se pueden encontrar en el Informe Lalonde, la Declaración de Alma-Ata, realizada en la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud o la estrategia "Salud para todos en el año 2000". El pilar fundamental de dicho

proceso sería el respeto por los Derechos Humanos y la consideración de las personas como participantes activas de su bienestar.

En este sentido, los profesionales y las personas se comprometerían mutuamente en un proceso de empoderamiento, de modo que el papel de los profesionales sería apoyar y ofrecer opciones que permitan a las personas tomar decisiones bien fundamentadas, siendo conscientes de los principales determinantes de la salud.

Es en la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en octubre de 1986 en Ottawa (Canadá), cuando la Promoción de la Salud fue definida oficialmente como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla.

En cuanto a la teoría salutogénica, a pesar de no figurar explícitamente en la Carta de Ottawa, ha influido indudablemente en el desarrollo de la Promoción de la Salud. El comienzo de esta influencia se puede decir que sucedió formalmente en 1992, en un seminario celebrado en la Oficina Regional de la OMS en Copenhague, en el que se discutieron las teorías subyacentes en Promoción de Salud. Antonovsky asistió a este taller y presentó su modelo salutogénico como una dirección para la Promoción de la Salud.

Entre los acuerdos se concluyó que el enfoque en Promoción de la Salud debía realizarse sobre la salud y no sobre la enfermedad. La orientación salutogénica se presentaba como un paradigma realmente viable para la investigación y la práctica en Promoción de la Salud.

Ley (2009) señala:

La mayor atención al modelo en las últimas décadas tiene que ver con el reconocimiento de la OMS de que la salud es más que la ausencia de enfermedad y que la salud incluye el pleno bienestar físico, psíquico y social. (p.48)

En concreto, según resumen Lindstrom y Eriksson, el modelo salutogénico sería una buena base de fundamentación para la Promoción de la Salud, por tres razones principales: en primer lugar, porque el foco se coloca en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones; en segundo lugar, porque identifica Recursos Generales de Resistencia que ayudan a las personas a moverse en la dirección de salud positiva; y, en tercer lugar, porque identifica un sentido o discernimiento global y omnipresente en los individuos, grupos, poblaciones o sistemas, cuya capacidad se plasma en el SOC (comprensión, manejabilidad y significatividad de los acontecimientos vitales).

**Capítulo V: Inquietudes de un  
médico sociólogo,  
nacimiento del Modelo  
Salutogénico por Aaron  
Antonovsky**

## Capítulo V

En este capítulo se ahondará en profundidad el Modelo Salutogénico propuesto por Aaron Antonovsky.

Antonovsky en 1979 propone un marco para el estudio de la temática denominada *orientación salutogénica*, de ahí el nombre que se emplea para caracterizar a las variables como salutogénicas, utilizando el término salud (del lat. *salus*) y origen (del lat. *génesis*). Es un enfoque centrado en el desarrollo positivo de la salud, en la promoción de la salud.

Este modelo de abordaje propone orientar las investigaciones en el campo de la ciencia de la salud, centrándose en los recursos, así como en las disposiciones personales, que permiten amortiguar el impacto de los estímulos externos e internos para buscar salidas alternativas frente al dolor psíquico, que no sean patológicas. Estos estímulos estresantes pueden conformar un evento, suceso o circunstancia de la vida de una persona, capaz de alterar o modificar sus condiciones de salud psicofísica (Casullo, 2008).

En los años 70 comenzó a desarrollar el modelo salutogénico que, como se expone a continuación, influyó en el pensamiento de los médicos y científicos del comportamiento por su explicación de los factores que forman las bases de la salud humana.

En una de sus investigaciones empíricas más importantes, Antonovsky estudió a mujeres nacidas en Europa central entre 1914 y 1923, algunas de las cuales habían estado internadas en campos de concentración. Tal y como se esperaba, el grupo de supervivientes de los campos de concentración exhibía significativamente más signos de enfermedad en comparación con las mujeres del grupo control. Sin embargo, hasta el 29% de las antiguas prisioneras alegaron tener una relativamente buena salud mental, a pesar de sus experiencias traumáticas. Antonovsky se preguntó cómo estas mujeres lograron mantenerse saludables a pesar de la extrema presión que se ejerció sobre ellas. Al formular la pregunta en positivo, este cambio de perspectiva influyó en todas sus investigaciones posteriores. En concreto, a partir de esta investigación, Antonovsky utilizó tres preguntas que fueron claves en la fundación de su teoría:

- ¿Por qué las personas se mantenían saludables a pesar de estar expuestas a tantas influencias perjudiciales?
- ¿Cómo se las arreglan para recuperarse de enfermedades?
- ¿Qué tienen de especial las personas que no enferman a pesar de la tensión más extrema?

Antonovsky utilizó estas tres preguntas como el punto central de partida para sus investigaciones en salud. A partir de las investigaciones centradas en una nueva forma de

observar las consecuencias que los horrores de la guerra tuvo en las personas, el modelo salutogénico comienza a surgir, basándose en las siguientes asunciones:

- El énfasis se hace sobre los orígenes de la salud y el bienestar,
- La principal preocupación se centra en el mantenimiento y realce del bienestar, y
- La hipótesis de que los factores estresantes son intrínsecamente negativos es rechazada en favor de la posibilidad de que los factores estresantes puedan tener consecuencias saludables o beneficiosas, dependiendo de sus características y de la capacidad de las personas para resolverlos.

Antonovsky criticó el enfoque salud-enfermedad, basado en el modelo tradicional patogénico, en el que las condiciones de salud y enfermedad son por lo general mutuamente excluyentes. En el modelo patogénico se asume que las causas de la enfermedad son agentes físicos, bioquímicos, microbiológicos y psicosociales, o más precisamente, en la determinación multifactorial de las enfermedades, usualmente, en términos de factores de riesgo. Desde ese paradigma puede pensarse que la exposición a situaciones o eventos estresantes pueden conformar un factor de riesgo para contraer enfermedad o padecimiento. Este conocimiento se utiliza para luego poder encontrar formas de prevenir y combatir estas enfermedades.

En su crítica hacia el tradicional enfoque occidental patogénico, Antonovsky propuso entender la salud como un continuo de salud-enfermedad. En este continuo identificó dos polos: el bienestar (salud) y el malestar (enfermedad). Según el autor, no es posible que un organismo vivo logre ninguno de los polos extremos del continuo, es decir, la salud o el estado completo de enfermedad. Por un lado, toda persona tiene alguna parte insalubre, a pesar de que pueda percibirse a sí misma como saludable.

Antonovsky en 1979 plantea que no existe nadie totalmente sano o totalmente enfermo, resulta imposible hablar en términos absolutos de un estado de salud o de enfermedad; las personas nos movemos continuamente entre la salud y la enfermedad. En consecuencia, la orientación salutogénica propone el estudio de la localización a lo largo de este continuo de una persona dada, en un momento determinado.

El autor hace hincapié en la elaboración de esas situaciones y las distintas salidas posibles frente a un hecho o estímulo determinado, es decir, que no se trata de evitar el impacto subjetivo percibido a partir de determinada escena, aunque sí, tal vez, una mayor elaboración de lo acontecido, producto de una disposición personal particular, permita disminuir ese impacto, de modo tal, que redunde en salidas más saludables.

Es precisamente en este continuo de salud-enfermedad donde Antonovsky encuentra puntos comunes con la Teoría General de Sistemas. Concretamente, Antonovsky considera que la salud no es un estado de equilibrio pasivo, sino más bien un proceso inestable, de autorregulación activa y dinámica. El principio básico de la existencia humana no es el equilibrio y la salud, sino el desequilibrio, la enfermedad y el

sufrimiento. Es decir, la desorganización y la tendencia hacia la entropía está omnipresente en el organismo humano, como en cualquier otro sistema. En sentido figurado, Antonovsky empleó el concepto de entropía (término prestado de la termodinámica) como una expresión de la tendencia ubicua de los organismos humanos a perder su estructura organizada, así como a la capacidad de reordenarse de nuevo. Aplicado al campo de la salud, esto significa que la salud debe ser constantemente recreada y que, al mismo tiempo, la pérdida de la salud es un proceso natural y omnipresente, ya que el caos y el estrés, lejos de ser realidades objetivas, son experiencias percibidas, surgidas de demandas internas y/o externas, que forman parte de las condiciones naturales de la vida.

Según esta visión, la propia naturaleza humana está caracterizada por la omnipresencia de estresores. Antonovsky sugirió que la visión individual y el modo de responder al ambiente y al estrés sería importante en la promoción de una buena salud (Antonovsky, 1998 citado en Fernández Martínez, 2009).

El autor pretendía con su modelo salutogénico avanzar en el entendimiento de las relaciones entre estresores, afrontamiento y salud (Antonovsky, 1979 citado en Palacios Espinosa & Restrepo Espinosa, 2008).

El modelo salutogénico nos muestra el estrés de los individuos y su capacidad para ajustarse satisfactoriamente, e intenta explicar por qué ciertas personas parecen preservar su salud y bienestar y muestran un buen afrontamiento en situaciones de tensión y en la exposición a los estresores y dificultades de la vida. Si el estrés es bien manejado, su resultado puede ser positivo o neutral y los individuos se moverán hacia el polo de la salud en el continuo, sin embargo, si el estrés no es bien gestionado, la persona se moverá hacia el polo de la enfermedad del continuo.

De este modo lo importante no es conocer qué factores conducen al individuo a la enfermedad, sino aquello que impulsa al organismo hacia el lado positivo del continuo. El autor responde a esta cuestión proponiendo el concepto de *sentido de coherencia*, concepto central de su teoría salutogénica.

El modelo teórico salutogénico de Antonovsky pretendía ser diferente del resto de estudios sobre el estrés en tres aspectos:

1. Lo inadecuado de la orientación patogénica que dominaba los estudios científicos tanto de las ciencias biomédicas como de las ciencias sociales. En esta perspectiva los mecanismos de afrontamiento son considerados como facilitadores o moderadores. Está centrada en el modo en que los sucesos estresantes de la vida predisponen al individuo a una gran variedad de resultados negativos para su salud. Sin embargo, en el modelo salutogénico los estresores son considerados como algo cotidiano en la existencia humana. Por lo que se centra en estudiar los



factores que ayudan a los individuos a mantener su bienestar físico y psicológico en contra de los estresores.

2. El secreto del camino hacia el polo de la salud dentro del continuo salud-enfermedad es el afrontamiento adaptativo, por lo tanto tenemos que prestar atención a los recursos de resistencia al estrés que promueven la salud. Todos estos recursos tienen en común el sentido de coherencia.
3. El SOC es un constructo con un carácter transcultural y transituacional. Según Antonovsky (1991) hay cierta semejanza entre su concepto de Sentido de Coherencia y los conceptos de firmeza, autoeficacia y locus de control, cuatro conceptos que él denominó las cuatro fuerzas salutogénicas y que comparten una serie de aspectos; en lugar de preguntarse sobre los factores patógenos y los fracasos en el afrontamiento que conducen a la enfermedad, se centran en la explicación de la resolución con éxito frente a los estresores y cómo explicar el mantenimiento o la vuelta a la salud. Otro aspecto sería que no se refieren a estilos de afrontamiento específicos, sino que están ligados a la naturaleza de la situación estresora. Los cuatro conceptos también comparten que las personas con niveles altos afrontan con éxito las situaciones estresantes y contribuyen a la salud. Las diferencias entre los mismos radican en que cada autor tuvo un punto de partida diferente, unos planteamientos iniciales distintos.

Al igual que Víctor Frankl, creador de la logoterapia, descubrió que la gente que tenía un claro sentido del significado de sus vidas y un fuerte sistema de creencias espirituales o filosóficas soportaba mejor los momentos traumáticos. Lo que recuerda las palabras de Nietzsche: “Quien tiene un porque para vivir, encontrará siempre el cómo” (Frankl, 1991).

Tal y como explican con detalle Lindstrom y Eriksson, los conceptos fundamentales que Antonovsky desarrolla con esta teoría son los Recursos Generales de Resistencia y el Sentido de Coherencia. (Lindstrom & Eriksson, 2010 citado en Hernán, Morgan & Mena, 2010)

## **V.1 Dos conceptos fundamentales: “Sentido de Coherencia y Recursos Generales de Resistencia”**

### ***Recursos Generales de Resistencia (RGRs)***

Los Recursos Generales de Resistencia (RGRs) son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir su vida como coherente, estructurada y comprensible.

Los típicos Recursos Generales de Resistencia son el dinero, el conocimiento, la experiencia, la autoestima, los hábitos saludables, el compromiso, el apoyo social, el capital cultural, la inteligencia, las tradiciones y la visión de la vida.

Estos recursos ayudan a las personas a construir experiencias coherentes en la vida. Sin embargo, más allá de poseerlos, lo importante es tener la capacidad para utilizarlos, es decir, poseer lo que Antonovsky llamó Sentido de Coherencia (SOC) (Sense of Coherence), convirtiéndose dicho concepto en la clave de su teoría.

En esta medida, el sentido de coherencia se constituye en un mediador entre los Recursos generales de Resistencia y la salud de los individuos (Volanen, Suominen, Lahelma, Koskenvuo & Silventoinen, 2006). Unos adecuados, bien coordinados y generalizados recursos de resistencia durante la niñez y la adolescencia, resultan en un fuerte sentido de coherencia (Antonovsky, 1979, 1987, citados en Palacios Espinosa & Restrepo Espinosa, 2008).

### ***Sentido de Coherencia (SOC)***

Antonovsky diseñó un cuestionario para medirlo; “el SOC”. Este está compuesto por tres componentes clave: la comprensibilidad (componente cognitivo), la manejabilidad (componente instrumental o de comportamiento) y la significatividad (componente motivacional). Es decir, por un lado la capacidad del sujeto para comprender cómo está organizada su vida y cómo se sitúa él frente al mundo; por otro, mostrarse capaz de manejarla y, finalmente, sentir que tiene sentido, que la propia vida está orientada hacia metas que se desean alcanzar.

Una de las críticas que recibió el modelo estuvo relacionada con la no inclusión de un componente afectivo dentro de este paradigma integrador, estando sobrerrepresentado el aspecto racional o cognitivo. Aunque Antonovsky fue consciente de este problema decidió no extender la teoría para incluir ese cuarto componente.

Un uso óptimo de los Recursos Generales de Resistencia da lugar a que las experiencias vitales se conviertan en promotoras de un nivel alto de SOC, una forma de

percibirla vida y una capacidad para gestionar exitosamente el infinito número de complejos factores estresantes a los que hay que hacer frente a lo largo de la vida. Es decir, el SOC es la capacidad para percibir que se es capaz de manejar cualquier situación independientemente de lo que está sucediendo en la vida.

Antonovsky (1979, citado en Fernández Martínez, 2009, 102) indica que:

El sentido de Coherencia fue definido inicialmente como: "Una orientación global que expresa el grado en el que uno tiene un sentimiento generalizado y estable, aunque dinámico, de que los medios tanto interno como externo son previsibles, y de que hay una alta probabilidad de que las cosas resulten tan bien como razonablemente esperamos.

Posteriormente Antonovsky (1987 citado en Fernández Martínez, 2009, 103) lo definió como:

Una orientación global que expresa el grado en el que uno tiene un sentimiento de confianza profundo, generalizado y perdurable, aunque dinámico, de que (1) los estímulos derivados de los medios interno y externo en el curso de la vida son comprensibles, estructurados, predecibles y explicables; (2) uno dispone de recursos para satisfacer las exigencias de estos estímulos, los recursos son manejables y están disponibles con respecto a las demandas que el individuo se va a encontrar derivadas de esos estímulos; y (3) esas demandas son retos, con significado, dignos de implicarse y comprometerse". Es aquello que la persona experimenta cuando disfruta de un nivel de bienestar físico y mental alto, se refiere a una sensación de cohesión y congruencia en relación a la propia vida.

Lejos de las clásicas estrategias de afrontamiento, el SOC es flexible, no se construye en torno a un conjunto fijo de estrategias a dominar.

Según Antonovsky en 1987, el sentido de coherencia (SOC) es una forma de ver el mundo y a nosotros dentro de él, una tendencia disposicional relativamente estable que conduce a evaluar las circunstancias de la vida como significativas, predecibles y manejables.

El SOC se puede entender como una visión de la vida centrada en resolver los problemas, refleja la capacidad de las personas para enfrentarse a los estresores psicológicos y sociales (Lindström & Eriksson, 2005 citado en Ley, 2008).

### **V.1.1 Dimensiones del SOC**

Antonovsky propone que con esta orientación global, uno tiene el sentimiento de que la vida es comprensible, manejable y con significado. Estos tres componentes dan lugar a una visión coherente del mundo por parte de la persona.

Por lo tanto este constructo multidimensional cuenta con tres variables relacionadas teórica y empíricamente:

- **Comprensibilidad** (Comprehensibility): Se refiere al grado en el cual los individuos tienen un sentido cognitivo de los estímulos con los que se encuentran en el presente y en el futuro. Es considerado como el componente cognitivo del constructo. Da cuenta de la habilidad de establecer conexiones lógicas y ordenadas en lo que sucede en el ambiente y en creer que la vida es predecible.

Los individuos con una elevada comprensibilidad perciben los estímulos a los que se enfrentan dotándolos de un marco cognitivo y considerando la información como ordenada, consistente, estable, predecible, estructurada y clara en vez caótica, desordenada, azarosa, accidental o impredecible. Se refiere a la sensación de que es posible comprender lo que sucede. Aumenta las expectativas y la capacidad de una persona para asimilar y modificar experiencias y sucesos.

También se refiere a la habilidad de entender a otras personas y de controlar los propios pensamientos y emociones. Permite una gestión adecuada de las relaciones con el entorno social e interpersonal. Este componente capacita al sujeto para conductas adaptativas y realistas a los más diversos acontecimientos y una actitud flexible a los cambios futuros.

-**Manejabilidad**. (Manageability): Es el grado en que los individuos entienden que los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del medio se encuentran a su disposición. Tales recursos pueden estar bajo su propio control o bajo el de otros. Esta dimensión es el componente instrumental, comportamental o conductual del constructo.

La persona tiene el sentimiento de poder afrontar los retos de la vida. Está relacionado con la autoeficacia y la competencia, pero se diferencia de ellos en que esta dimensión del SOC se refiere a que los recursos están a disposición de la persona y no que uno controla los recursos requeridos. Es un sentimiento de carácter cognitivo-emocional. Incluye una visión positiva de la vida en general.

-**Significatividad**. (Meaningfulness): Se refiere al valor que el sujeto otorga a lo que acontece, independientemente de la forma en la que ocurra. Alude al deseo y voluntad de la persona, a las emociones, a los valores ante un suceso. Es la experiencia de que la vida vale la pena, de que los retos se merecen los esfuerzos, de que son significativos y dignos de nuestro compromiso. La persona está feliz con la vida y considera que tiene un significado y un propósito.

Una elevada significatividad es síntoma de una visión comprometida con ciertas áreas de la vida para las cuales merece la pena emplear tiempo y esfuerzo, de forma que las demandas a las que se enfrenta la persona son consideradas como retos dignos de invertir energía. Tiene un carácter fundamentalmente emocional y es considerada la dimensión motivacional.

Mientras que diferentes situaciones, diferentes culturas, diferentes momentos, darán pie al uso de diferentes recursos de afrontamiento, el SOC es un constructo de carácter universal. Trasciende a la clase social, al sexo, a la religión o a la cultura (Antonovsky, 1996 citado en Moreno Jiménez, 1999)

El individuo poseedor de un fuerte SOC, percibiendo un determinado problema como comprensible, manejable y retador, seleccionará el estilo de afrontamiento más adecuado para dicha situación de entre todos los que se encuentren a su alcance.

El SOC, por tanto, no se refiere a un estilo particular de afrontamiento, ni a un rasgo de personalidad, sino a factores que en cualquier cultura, en cualquier clase social, en cualquier individuo, son la base para un afrontamiento exitoso de los estresores, es un conjunto de competencias básicamente cognitivas que proporcionan una orientación disposicional generalizada (Ramos & Buendía, 2001).

Como el mismo Antonovsky (1979, citado en Moreno Jiménez, 1999, 6) subraya: “ver el mundo comprensible, manejable y significativo facilitará la selección de conductas y recursos eficaces para una situación determinada y apropiados para una cultura específica”.

## **V. 2 Evolución del SOC**

El contexto social, histórico y cultural, así como las experiencias de la vida influyen en el desarrollo del grado de SOC individual.

De acuerdo con Antonovsky, los orígenes del SOC los encontramos en los llamados recursos de resistencia generalizados (RRGs). Están dentro de los recursos de resistencia que son un conjunto complejo de variables como recursos psicológicos, sociales y culturales que potencialmente pueden modificar el efecto de una situación externa en un individuo.

Antonovsky diferencia entre recursos de resistencia específicos y generalizados. Según él, con recursos de resistencia específicos nos referimos a los que son relevantes en un problema particular mientras que los recursos de resistencia generalizados se pueden aplicar en todas las situaciones, son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir sus vidas como consistentes, estructuradas y comprensibles.

Empiezan en la niñez temprana, RRGs (como por ejemplo, medios económicos, apoyo social, inteligencia, formación, instituciones, familia, creencias, entre otros) dan lugar a experiencias positivas y coherentes, lo que gradualmente facilita la construcción de un elevado SOC (Natvig, Hanestad & Samdal, 2006 citado en Fernández Martínez, 2009). En cambio la falta de varios RRGs conducirá a un bajo SOC.

Los RRGs son todos aquellos medios que posibilitan una conducta activa que conduce al sujeto al desarrollo de planes de acción adaptativos y positivos, no son recursos de afrontamiento, son líneas de acción que favorecen la conducta saludable y que pueden actuar como respuestas adaptativas frente a los factores de estrés.

Según Antonovsky el SOC es un constructo que permanece estable especialmente después de los 30 años aunque pueden ocurrir algunas transformaciones después de esta edad. Esta hipótesis no se ha reflejado en estudios posteriores en los que se concluye que la estabilidad del SOC no es mayor entre los mayores de 30 años que en los menores de 30 (Hakanen, Feldt & Leskinen, 2007 citado en Fernández Martínez, 2009).

Además se observa que el SOC tiende a incrementar con la edad (Antonovsky & Sagy, 2001; Eriksson & Lindström, 2005). Sin embargo se señala que el estadio de la juventud y los años de estudiante son, en particular, un periodo significativo para el desarrollo del SOC, por esto parece importante estudiar su desarrollo durante los años de universidad y su conexión con el estrés y las relaciones interpersonales (Darling, McWey, Howard & Olmstead, 2007 citado en Fernández Martínez, 2009).

La segunda hipótesis de Antonovsky versa sobre la influencia del nivel de SOC en la estabilidad del mismo, se ha reflejado que es más estable entre las personas con un alto SOC en comparación con las que tienen un bajo SOC pero no todos los resultados van en esta dirección apareciendo datos contradictorios en este tema. Se ha observado que los eventos estresantes influyen en la estabilidad del nivel de SOC, por lo que el nivel de SOC puede ser influenciado y es sensible de intervención (Volanen et al., 2007 citado en Fernández Martínez, 2009).

### **V.3 Medida del SOC: Cuestionario de Orientación ante la Vida (OLQ)**

El Sentido de Coherencia (SOC) se mide con el Cuestionario de Orientación Ante la Vida (OLQ).

Aunque fue diseñado para medir el constructo como una orientación global, en la actualidad se utilizan también las puntuaciones que se desprenden de las escalas que miden los tres componentes descritos anteriormente y que integran el constructo.

Es un cuestionario de 29 ítems, los sujetos tienen que elegir una respuesta en una escala de diferencial semántico de siete puntos. Once ítems corresponden al componente de comprensibilidad, diez al de manejabilidad y ocho al de significatividad. Trece ítems están formulados de forma negativa. Altas puntuaciones en SOC reflejan una mayor capacidad para afrontar las situaciones problemáticas y correlaciona de forma negativa con los síntomas asociados al estrés.

Existe una versión abreviada de 13 ítems diseñada para situaciones en las que existen limitaciones de tiempo o espacio, estos se contestan en una escala tipo Likert con siete puntuaciones que van desde siempre (1) a nunca (7). En esta escala se recogen cuatro ítems sobre significatividad, cinco sobre comprensibilidad y cuatro sobre manejabilidad.

En la construcción del cuestionario, Antonovsky se apoyó en la teoría factorial de Guttman.

El tiempo para completar el cuestionario es de 15-20 min en el caso del SOC-29 y de 5 min en el SOC-13.

Las escalas que miden SOC han sido utilizadas en 33 idiomas, en todas las clases sociales y en todas las edades desde niños de 10 años, no mostrando dificultad en su contestación incluso personas mayores (Steiner, Raube & Stuck, 1996 citado en Fernández Martínez, 2009).

Ha sido utilizada en 32 países de muy diversas culturas, por lo que se considera un instrumento transcultural.

Las medias del SOC-29 van desde 100,50 (SD 28,50) a 164,50 (SD 17,10) puntos y para el SOC-13 desde 35,39 (DS 0,10) a 77,60 (SD 13,80) puntos.

### ***Escala Sentido de Coherencia- SOC- (Casullo, 1995)***

Se trata de una Escala autoadministrable que evalúa el Sentido de Coherencia entendido a través de sus tres componentes principales: comprensión, control y atribución de sentidos. Está formada por 20 ítems con 7 opciones de respuesta en formato de diferencial semántico. El evaluado obtiene una puntuación entre los 29 y los 203 puntos.

Los estudios realizados en Argentina, en la Ciudad de Buenos Aires (Castro Solano, Brizzio & Casullo, 2003), con adolescentes revelan la alta confiabilidad de la Escala SOC (alpha de Cronbach =.93).

#### **V.4 El sentido de Coherencia y el Estrés**

En la formulación teórica original, Antonovsky propuso que el SOC podía influir en el estrés y en la salud de tres formas:

1. El sentido de coherencia influye en la valoración de un estímulo como estresor o no. En la valoración y no en la exposición a sucesos estresantes.
2. El sentido de coherencia influye en el alcance en el cual un estresor da lugar a tensión o no.
3. El sentido de coherencia influye en el alcance en el cual la tensión da lugar a consecuencias adversas para la salud. (Antonovsky, 1987 citado en Rivera de los Santos, Ramos Valverde, Moreno Rodríguez & García, 2011).

En los procesos que unen la salud a las situaciones de la vida, la valoración del estrés es el primer proceso en el que el SOC puede intervenir.

Los estudios sobre el estrés indican que el nivel de ambigüedad e incertidumbre son dimensiones importantes en la valoración de las situaciones vitales. Las situaciones impredecibles e incomprensibles son potentes fuentes de estrés (Lazarus & Folkman, 1984 citado en Fernández Martínez, 2009). Como una orientación global en la vida, el sentido de coherencia influirá en el grado en el cual las personas ven las demandas de la vida como caóticas e incomprensibles, o coherentes y comprensibles. Los individuos con un fuerte SOC estarán menos predispuestos a percibir ambigüedad en sus encuentros con las demandas de la vida.

Según Antonovsky una persona con un SOC fuerte tiende a definir los estímulos como no estresantes y a adaptarse automáticamente a las demandas, a definir el estresor como beneficioso o irrelevante porque está confiada de que, como en el pasado, las cosas van a ir bien.

Estudios sobre población adulta han dado resultados de moderadas asociaciones inversas entre medidas de SOC y de estrés percibido (Wolf & Ratner, 1999). Una revisión de estos estudios (Antonovsky, 1993) mostró que las asociaciones son generalmente más fuertes para las medidas de estrés percibido que para las medidas de sucesos estresantes vitales, lo que sugiere un papel en el proceso. También se han encontrado los mismos resultados en población adolescente.

Se ha sugerido que el sentido de coherencia influye en las expectativas de afrontamiento en los encuentros con el estrés (Antonovsky, 1987). De acuerdo con el modelo transaccional del estrés (Lazarus & Folkman, 1984) las expectativas de afrontamiento se desarrollan en el proceso de valoración secundaria, donde las personas valoran los recursos que están disponibles para tratar con la situación estresante. Como una orientación global en la vida, individuos con un fuerte SOC tendrán una confianza general de que los recursos están disponibles para enfrentarse a las demandas de las



situaciones estresantes (Antonovsky, 1987). Esta confianza incrementa la probabilidad de expectativas positivas de afrontamiento. En consonancia con las formulaciones teóricas las expectativas de afrontamiento son consideradas como moderadores de las reacciones ante el estrés. Desde esta perspectiva el SOC actúa como un moderador clásico de los estresores de la vida. (Palacios Espinosa & Restrepo Espinosa, 2008).

Los individuos que confían en su habilidad para entender y manejar los estímulos derivados de los medios internos y externos poseen la capacidad de afrontar efectivamente los estresores vitales, siendo el sentido de coherencia un moderador entre las situaciones estresantes y la adaptación psicológica a las mismas, mediando entre la adversidad y el bienestar.

Según Antonovsky los efectos moderadores del sentido de coherencia en el estrés se pueden deber a su influencia en la elección de las estrategias de afrontamiento. Si bien el sentido de coherencia no es una estrategia de afrontamiento por sí misma, los individuos con un alto sentido de coherencia son más flexibles y dispuestos a adoptar estrategias de afrontamiento apropiadas a las necesidades específicas de la situación.

Una persona con elevado SOC tiene sentimientos de confianza en sí mismo, de que los problemas se van a resolver satisfactoriamente y más probabilidad de elegir la estrategia de afrontamiento adecuada a la situación estresante, por lo tanto tiene menos probabilidades de que la tensión se transforme en estrés. Esta confianza facilita que la persona desarrolle conductas de promoción de la salud evitando problemas (Fiorentino & Pomazal, 1994 citado en Moreno Jiménez, 1999).

Existen estudios que han investigado la relación entre el sentido de coherencia y los distintos tipos de estrategias de afrontamiento adoptadas por los sujetos cuando se enfrentan a situaciones estresantes (Margalit, Raviv & Ankonina, 1992; Gallagher, Wagenfeld, Baro & Haepers, 1994; McSherry & Holm, 1994; Ben-David & Leichtentritt, 1999; Cohen & Dekel, 2000; Pallant & Lae, 2002). Sin embargo, hay pocos estudios que profundizan en la relación entre el sentido de coherencia y la utilización de un amplio abanico de estrategias de afrontamiento en una muestra de población general. Strang y Strang (2001) han encontrado relación entre la dimensión de manejabilidad y búsqueda de apoyo social y reinterpretación positiva y también relación entre significación y religión. (Fernández Martínez, 2009).

Antonovsky sugirió que un elevado SOC puede prevenir la tensión asociada al estrés que está implicada en el desarrollo de problemas de salud. Individuos con un elevado SOC están más predispuestos a seleccionar estrategias de afrontamiento que son eficientes para acabar con el estresor. Los individuos con un elevado SOC tienden a usar estrategias centradas en el problema, son flexibles en su elección de estrategias y están predispuestos a usar feedback para redirigir su afrontamiento.

Otros autores sugieren que estas asociaciones reflejan problemas metodológicos entre las medidas de SOC y las medidas de los autoinformes de salud (Korotkov, 1993; Geyer, 1997). Sin embargo, los estudios realizados con el constructo de sentido de la coherencia muestran su relevancia como variable mediadora en los procesos de estrés y salud.

Altas puntuaciones en SOC se asocian a menores síntomas psicológicos y mejor adaptación social (Carmel, Anson, Levenson, Bonnef & Maoz, 1991; Moreno, Alonso & Álvarez, 1997; Ungar & Florian, 2004). Un fuerte SOC está relacionado con un mejor uso de los recursos disponibles, un mayor afrontamiento adaptativo y un nivel elevado de resiliencia (Johansson, Larsson & Hamrin, 1998).

A través de la influencia en la valoración de estrés, las expectativas y las conductas de afrontamiento, SOC puede afectar a procesos que son esenciales en el desarrollo y mantenimiento de las quejas subjetivas de salud. Ciertamente es un estímulo potente en la respuesta al estrés. Una vez iniciada, el perfil de la respuesta al estrés es moderado por las expectativas y creencias de control. Una baja percepción de control sobre las condiciones estresantes está asociada con una activación tónica general en todos los sistemas de respuesta biológica. La alta activación durante prolongados periodos de tiempo es un mecanismo candidato para los elevados niveles de quejas de salud. En resumen, estos resultados sugieren que las valoraciones estresantes, las expectativas negativas de afrontamiento y los comportamientos de afrontamiento inadecuados están asociados con procesos fisiológicos que pueden disminuir el umbral para experimentar quejas subjetivas de salud.

De la misma forma que el SOC puede ser un constructo relevante en el desarrollo de modelos interaccionistas del estrés y ayudar a la comprensión de sus efectos sobre la salud (Fiorentino & Pomazal, 1994), su consideración como factor relevante para el desarrollo de modelos interaccionistas del burnout parece aconsejable.

Los trabajadores con un nivel elevado de sentido de coherencia experimentan menos estrés laboral. Un fuerte sentido de coherencia podría ayudar a los trabajadores a entender los estresores e interpretarlos como manejables y significativos. Los estudios sobre otras variables de personalidad en relación con el burnout han sido abundantes, no así en el caso del SOC.

En la última década se observa un interés en la investigación en este sentido. Están surgiendo estudios que demuestran una relación inversa entre los niveles de estos dos constructos (Gilbar, 1998; Palsson, Hallberg, Norberg & Bjoervell, 1996). El hallazgo habitual suele ser una asociación inversa entre SOC, cansancio emocional y despersonalización, relación que es directa en el caso de la realización personal (Baker, North & Smith, 1997).

Otros estudios señalan como los individuos dotados de un fuerte SOC manifiestan menores índices de burnout que aquellos caracterizados por puntuaciones bajas en dicho constructo (Gilbar, 1998; Basson & Rothmann, 2002; Rothmann, Jackson & Kruger, 2003). El cansancio emocional está negativamente relacionado con el sentido de coherencia (van der Colff & Rothmann, 2009).

Desglosando los componentes del SOC, se observa que la manejabilidad ofrece relaciones más elevadas con sintomatología física y cansancio emocional (Rothmann & Malan, 2003), la comprensibilidad con sintomatología psicológica y la significatividad es el elemento más relacionado con el índice general de burnout así como con los índices más actitudinales de éste: despersonalización y falta de realización personal (Moreno, González & Garrosa, 1999). Estos mismos autores señalan que el SOC tiene una función moduladora en los procesos de estrés y burnout, ya que encuentran que actúa, en función del nivel que presente, como un facilitador o un inhibidor de los procesos de burnout y de la sintomatología percibida. Se sugiere que el SOC podría ser un moderador del efecto del estrés laboral en la aparición de cansancio emocional.

### **V.5 El Sentido de Coherencia y la Salud**

La salud de una persona está determinada por un gran número de factores, el actualmente conocido como modelo biopsicosocial de la salud nos refleja que lo que determina las influencias en la salud de una persona es la interrelación entre aspectos biológicos, psicológicos y sociales (Sarafino, 1999).

El modelo salutogénico podría ser considerado como un marco teórico para la promoción de la salud. El movimiento de promoción de la salud es una de las innovaciones de finales del siglo XX en la salud pública. Los principios de la promoción de la salud están recogidos en la carta de Ottawa (OMS, 1986) y van en el sentido del modelo salutogénico en tres aspectos:

- Primero, se centra en la solución de problemas/encontrar soluciones.
- Segundo, identifica los RRGs que ayudan a las personas a moverse en la dirección del polo positivo de la salud.
- Tercero, identifica un sentido global en individuos, grupos, poblaciones o sistemas que sirve como un mecanismo o capacidad para este proceso, el SOC.

La investigación sobre sentido de coherencia ha progresado y extendido rápidamente desde su introducción en 1985. De acuerdo con Sumikawa Tsuno y Yamazaki en 2007, los productos investigativos pueden clasificarse en dos grandes categorías: (1), aquella que examina el efecto y la función de sentido de coherencia como moderador de los efectos estresantes sobre la salud y como predictor de la salud física, mental y del bienestar de las personas y de los grupos. (2), Aquella que examina la correlación entre los factores psicosociales y los recursos, así como la capacidad de resistencia, por ejemplo, correlaciones entre un alto sentido de coherencia y un alto nivel

socioeconómico, unas fuertes creencias religiosas, la ausencia de factores vitales estresantes, alta percepción de autoeficacia, de fortaleza, de locus de control interno, de autoestima, optimismo, entre otros. Un ejemplo de ello es el estudio desarrollado por Dejo Vásquez en 2007, sobre el sentido de coherencia como predictor de recursos de afrontamiento en cuidadores de ancianos. (Palacios Espinosa & Restrepo Espinosa, 2008).

En gran cantidad de trabajos se muestra el valor de SOC como variable mediadora en los procesos de salud.

El SOC está correlacionado en positivo con medidas de salud física y psicológica, con otras medidas de personalidad como la autoestima (Pallant & Lae, 2002), el optimismo y la percepción de control (Hobfoll, 2002; Feldt, Mäkikangas & Aunola, 2006), la autoeficacia (Amirkhan & Greaves, 2003) y también con la disposición al afrontamiento activo, afrontamiento focalizado en el problema, búsqueda de apoyo y reinterpretación positiva, todas ellas consideradas como estrategias adaptativas (Jahnsen, Villien, Straghelle & Holm, 2002; Pallant & Lae, 2002; von Bothmer & Fridlund, 2003; Junshehg, Ying, Leiping & Biao, 2006;). (Fernández Martínez, 2009)

Asimismo también está relacionado con variables emocionales, sociales y comportamentales (Kaiser, Sattler, Bellack y Dersin, 1996)

Soderfeldt (2000) encontró que el SOC estaba negativamente correlacionado con la presión del trabajo y positivamente relacionado con el apoyo social, sugirió que los individuos con niveles bajos en SOC eran más ansiosos.

Heiman (2004), en una muestra de estudiantes universitarios, encontró que el SOC estaba correlacionado positivamente con estrategias de afrontamiento orientadas al problema y negativamente con estrategias orientadas a la emoción y con la evitación, correlacionaba positivamente con el soporte familiar y negativamente con el estrés. El SOC está relacionado en positivo con la salud, el bienestar físico y mental, la buena resolución de problemas y el soporte social y en negativo con el distrés y el consumo de fármacos en alumnos universitarios (Togari, Yamazaki, Takayama, Yamaki & Nakayama, 2008; Bíró, Baiajti, Adány & Kósa, 2009). (Fernández Martínez, 2009).

También el SOC está relacionado con conductas que favorecen la salud y evita afrontamientos no adaptativos como el consumo de drogas (Glanz, Maskarinec & Carlin, 2005; Igna, Julkunen & Ahlström, 2008). Así como también niveles elevados de SOC favorecen la recuperación de los pacientes sometidos a intervención quirúrgica, disminuyen el consumo de analgésicos y el dolor fantasma (Badura-Brzoza, Matysiakiewicz, Piegza, Rycerski & Hese, 2008). En los pacientes sometidos a tratamiento de depresión se ha observado que aumenta su nivel de SOC.

Es por ello que se asume que el sentido de coherencia promueve la salud individual a través de su papel central en la elección de estrategias de afrontamiento resistentes a los estresores diarios.

Las personas con un fuerte SOC son cognitivamente y emocionalmente capaces de darse cuenta de la naturaleza de los problemas y afrontarlos y se encontrarán en el polo de la salud dentro del continuo salud-enfermedad. En cambio, las personas con un SOC bajo tenderán a tener un afrontamiento menos efectivo.

En 2008, un equipo de investigación de la Universidad de Oviedo abordó, en pacientes diagnosticados de fibromialgia, la relación entre la salud, por un lado, y las dimensiones de personalidad y el sentido de coherencia por otro. Entre otros resultados, se encontró un nivel más bajo de sentido de coherencia (con niveles inferiores en las dimensiones de comprensibilidad y significatividad) en los pacientes con fibromialgia en comparación con el grupo control, caracterizado por no presentar ninguna patología crónica. Sin embargo, en este caso, los autores no hacen referencia a si el cuestionario SOC utilizado proviene de una traducción anteriormente validada, por lo que se puede asumir que usaron su propia versión, aunque no ofrecieron datos psicométricos al respecto. (Besteiro, Álvarez, Lemos, Muñiz, Costas & Weruaga, 2008)

El potencial del modelo salutogénico está relacionado con sus implicaciones prácticas. Es evidente que este modelo es un buen enfoque para ser aplicado en la construcción de políticas y programas de salud pública, así como en otras políticas también relacionadas con la salud. Es decir, es posible reorientar y revitalizar la Promoción de la Salud hacia modelos de acción basados en los activos -assets- para la Salud; no solo pensando en los servicios de salud, sino en la potenciación de los Recursos Generales de Resistencia para cada persona y comunidad. En este sentido, son destacables los trabajos de Kretzman y Mcknight sobre la utilización de los mapas de activos para la salud de la comunidad, es decir, el uso de las fortalezas que la comunidad tiene para descubrir capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales existentes en el contexto.

## **Segunda Parte: *Marco Metodológico***

# **Capítulo VI: Metodología de la Investigación**

## **Capítulo VI**

### **VI. 1 Problema de investigación**

En los últimos años, el burnout ha resultado uno de los temas que mayor atención ha acaparado por parte de los investigadores en el estudio de las profesiones asistenciales y de ayuda.

En la actualidad, el Síndrome de Burnout es proclamado según la OMS (2005, citado en Chávez, 2008, 4) “como uno de los cinco problemas sanitarios más graves, tanto por la alta prevalencia de afectación en profesionales de la salud como por las posibles consecuencias en la población asistida por dichos profesionales.”

La necesidad de explicarlo ha conducido a preguntarse por los antecedentes, consecuentes, facilitadores, factores protectores y, en fin, por una multitud de variables que ayuden a delimitar y a definir mejor este constructo sobre el que parece existir un consenso al considerarlo como una respuesta del individuo al estrés laboral crónico.

La presente investigación propone como principal desafío: lograr hacer un cambio de mirada, trabajar el Burnout desde el paradigma de la salud. Por lo cual, se decide abordar esta problemática desde el enfoque salutogénico propuesto por Aaron Antonovsky.

El modelo salutogénico propone orientar las investigaciones en el campo de la ciencia de la salud, centrándose en los recursos, así como en las disposiciones personales, que permiten amortiguar el impacto de los estímulos externos e internos para buscar salidas alternativas frente al dolor psíquico, que no sean patológicas. Estos estímulos estresantes pueden conformar un evento, suceso o circunstancia de la vida de una persona, capaz de alterar o modificar sus condiciones de salud psicofísica.

Este modelo se centra en el mantenimiento y realce del bienestar, y la hipótesis de que los factores estresantes son intrínsecamente negativos es rechazada en favor de la posibilidad de que los factores estresantes puedan tener consecuencias saludables o beneficiosas, dependiendo de sus características y de la capacidad de las personas para resolverlos. (Rivera de los Santos, Ramos Valverde, Moreno Rodríguez y García, 2011)

A lo largo de la conceptualización de esta orientación, se vislumbra la intención del autor de especificar alguna respuesta frente a la pregunta salutogénica: ¿qué es lo que nos mantiene orientados hacia el polo saludable del continuum salud-enfermedad? Esta respuesta toma forma en el desarrollo que el autor construye del concepto que denomina Sentido de Coherencia (SOC), que conforma la disposición personal que permite a las personas lograr esta inclinación saludable.



Varios estudios señalan cómo los individuos dotados de un fuerte SOC manifiestan menores índices de burnout que aquellos caracterizados por puntuaciones bajas en dicho constructo (Gilbar, 1998 en Moreno Jiménez, B.; González Gutiérrez, J. L. & Garrosa Hernández, E., 1999).

Por lo tanto, se intenta determinar cómo el Sentido de coherencia guarda relación con la salud influyendo en el proceso de evaluación que una persona hace de las situaciones como estresantes o no, moderando el grado de tensión que un estresor produce y atenuando las consecuencias adversas para la salud.

## **VI. 2 Hipótesis de trabajo:**

“¿Existe relación entre la puntuación obtenida en la Escala Sentido de Coherencia y la puntuación obtenida en el Cuestionario del Síndrome del burnout, en una población integrada por profesionales de la salud mental con una edad entre 25-55 años pertenecientes al ámbito público?”

## **VI. 3 Objetivos del estudio:**

### Objetivo general:

- Explorar cómo el constructo “Sentido de coherencia” actúa como posible efecto protector sobre la problemática del Burnout en el ámbito público sanitario en profesionales de la salud mental.

### Objetivos específicos:

- Identificar la presencia y las características del Síndrome del Burnout en una población de 31 profesionales de la salud mental pertenecientes al Programa de maltrato infantil, Mendoza, Argentina.
- Identificar la presencia y las características del Sentido de coherencia en una población de 31 profesionales de la salud mental pertenecientes al Programa de maltrato infantil, Mendoza, Argentina.
- Analizar relaciones existentes, mediante procedimientos estadísticos, entre ambos constructos: Síndrome del Burnout y Sentido de coherencia en una población de 31 profesionales de la salud mental pertenecientes al Programa de maltrato infantil, Mendoza, Argentina.
- Analizar la relación e implicación de las variables Cantidad de horas semanales y Antigüedad de la profesión en relación al Síndrome del Burnout.

#### **VI. 4 Tipo de Estudio**

El tipo de estudio de investigación es cuantitativo. Este enfoque se caracteriza por usar la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías.

Es una investigación tipo descriptiva/correlacional.

Tiene como propósito indagar sobre la incidencia y valores en que se manifiesta una o más variables. El procedimiento consiste en *medir*, en un grupo de personas u objetos, una/s variable/s y proporcionar su descripción. Permiten tener un panorama de las mismas en un determinado momento. Por lo tanto, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se *mide* cada una de ellas de forma independiente, con el objetivo de *describir* lo que se está investigando. Para ello, el investigador debe ser capaz de definir qué se va a medir y cómo lograr precisión en esa medición. Asimismo, a partir del estudio correlacional se intentará conocer la relación que exista entre las variables de ambos constructos (MBI y SOC) en un contexto particular (ámbito público, Programa de Maltrato Infantil de la Provincia de Mendoza, Argentina).

#### **VI. 5 Diseño de investigación**

Se trata de una investigación *no experimental*, dada la imposibilidad de asignar aleatoriamente a los sujetos a condiciones específicas y de manipular las variables independientes. Es decir, consiste en la *observación* de ciertos fenómenos tal y como se dan en su *contexto natural*, no provocados intencionalmente por el investigador, para analizarlos posteriormente (Hernández Sampieri, R., 1998).

Es una investigación dónde no se hace variar intencionalmente las variables independientes. El investigador no tiene control directo sobre dichas variables, no puede influir sobre ellas porque ya sucedieron, al igual que sus efectos.

#### **VI. 6 Muestra**

Se trabajó con una muestra no probabilística de profesionales de la salud mental.

La selección de quienes participaron en el estudio fue *intencional*, es decir, que los sujetos fueron elegidos de acuerdo a las necesidades de la investigación. La cantidad total de encuestados es de 31 sujetos, 26 de sexo femenino y 5 de sexo masculino. La colaboración de los mismos fue voluntaria.

#### Características:

- Género: femenino y masculino
- Edad: 25-55 años. Edad promedio: 36 años
- Contextualización espacial:

Profesionales (psicólogos, médicos psiquiatras, médicos ginecólogos, trabajadores sociales, licenciados en minoridad en familia y sociólogos) que trabajan en el Programa de prevención de maltrato infantil, área de salud mental, en Mendoza-Argentina.

### **VI. 7 Instrumentos**

El trabajo de campo fue llevado a cabo mediante la instrumentalización del Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Escala Sentido de Coherencia (SOC). Los mismos fueron aplicados a toda la muestra de profesionales de la salud mental anteriormente definida.

#### Cuestionarios psicológicos:

- **Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach y Jackson, 1986):** Alarcón, Vaz, Guisado (2002, citado en Pérez Ramírez & Zurita Zurita, 2010, párr.23).

Cuestionario que consta de 22 reactivos con una escala de respuesta de 0 (nunca) a 6 (Todos los días) los cuales evalúan, a través de afirmaciones, los sentimientos personales y actitudes del profesional en el desempeño de su trabajo. Los resultados se presentan por medio de tres escalas: Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal. La consistencia interna de las tres escalas del MBI corresponde a valores de 0.71 a 0.90 en una muestra normativa de aproximadamente 11.000 sujetos.

(Ver Anexo A.1)

#### **Características**

Éste es un Inventario auto-administrado. Fue desarrollado por Maslach y Jackson (1981), y su versión en castellano ha sido empleada por diversos profesionales de la salud mental.

Originalmente, los elementos del MBI se diseñaron para medir hipotéticos aspectos del Síndrome del Estrés Laboral Asistencial. La entrevista y los datos de cuestionarios fueron la base en los primeros estudios exploratorios de las actitudes y los sentimientos que caracterizan a los trabajadores “quemados”.

Los elementos del MBI están redactados en una forma directa para expresar sentimientos o actitudes personales, y su versión definitiva pasó por unas fases experimentales que duraron ocho años.

La *estructura tridimensional* se ha re replicado en numerosas ocasiones y a partir de ella, se han definido las escalas o variables del sujeto quemado. Son las siguientes:

***Cansancio Emocional (CE):*** Sus elementos describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo: el elemento con mayor saturación contiene una expresión clara de dicho sentimiento: “*Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo*”.

***Despersonalización (DP):*** Los elementos de esta escala describen 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 representan grados elevados de vivencia del Síndrome del Estrés Laboral Asistencial. 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 describen 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 lo opuesto al Cansancio Emocional y a la Despersonalización. Sin embargo, se observan correlaciones bajas con las otras dos escalas.

### Normas generales

Es un instrumento que puede ser administrado de forma individual o colectiva, ya que es autoaplicable. El instrumento no tiene tiempo limitado, pero la mayoría de los sujetos demora entre 10 y 15 minutos en completarlo.

Los esfuerzos del examinador deberían dirigirse a minimizar los *sesgos de respuesta* con la ayuda de:

- ***Carácter privado:*** El encuestado debe sentirse completamente libre, no fiscalizado por otros, al momento de responder. No es aconsejable entregar los ejemplares para ser cumplimentados en otros momentos o en el hogar.
- ***Confidencialidad:*** Si fuera posible, se debería contestar de modo anónimo. De no ser posible se recomienda utilizar algún sistema de códigos.
- ***Sensibilidad previa:*** Se debería evitar que las creencias personales sobre el síndrome de estrés laboral asistencial afecten las respuestas. Por ello es que no se han empleado estos términos en el ejemplar, y en su lugar se refieren a las actitudes de las personas y profesionales ante su trabajo.

Es importante que el examinador enfatice la importancia de la sinceridad a la hora de responder y que se cumplimenten todos los elementos.

### Obtención de puntuaciones

La puntuación en las escalas del MBI corresponde al resultado de sumar todos los puntos o grados de frecuencia (0 - 6) anotados en los elementos correspondientes a cada una de ellas.

Los elementos 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20 conforman la escala de *Cansancio Emocional (CE)*.

Los elementos 5, 10, 11, 15 y 22 conforman la escala de *Despersonalización (DP)*.

Los elementos 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21 conforman la escala de *Realización Personal (RP)*.

<b>Composición de las escalas del MBI ESCALA</b>	<b>ELEMENTOS</b>	<b>PD MÁXIMA</b>
<b>CE</b>	1 2 3 6 8 13 14 16 20	54
<b>DP</b>	5 10 11 15 22	30
<b>RP</b>	4 7 9 12 17 18 19 21	48

Es importante tener presente que el Cansancio Emocional como la Despersonalización apuntan a un mayor estrés ocupacional, mientras que la escala de Realización Personal tiene una incidencia inversa en el síndrome. El perfil del síndrome debería tener unos apuntamientos de “+ + -”; es decir, puntuación alta en AE y DP, y baja en RP.

Se sostiene que el perfil de puntuaciones de las tres escalas sea el índice más significativo del síndrome. Por ejemplo, en el caso de una persona que puntúa alto en AE, bajo en DP y alto en RP, puede interpretarse como que el individuo se encuentra en un estado o fase de estrés laboral diferente del que puntúa alto en AE y DP, y bajo en RP.

Debido a que las puntuaciones directas obtenidas en la fase de corrección y puntuación no son interpretables por sí mismas, es decir que no tienen significación por su valor absoluto, es imprescindible transformarlas en valores o escalas de significación

universal que sitúan las puntuaciones del sujeto en relación con las obtenidas por ese grupo normativo.

Para la interpretación de los resultados del MBI, tomaremos como referencia los puntos de corte establecidos por las autoras C. Maslach y S. E. Jackson. Estos consisten en una clasificación tripartita de la variabilidad de los resultados. Maslach & Jackson (1986, citado en Gil Monte & Marucco, 2008):

El punto de corte puede establecerse según los siguientes criterios:

- En la subescala de Cansancio Emocional (CE) puntuaciones de 26 o superiores serían indicativas de un **Alto** nivel de burnout, el intervalo entre 16 y 26 corresponderían a puntuaciones intermedias, nivel **Medio**, siendo las puntuaciones por debajo de 16 indicativas de niveles de burnout **Bajos** o muy bajo.

I.

- En la subescala de Despersonalización (DP) puntuaciones superiores a 12 serían nivel **Alto**, de 6 a 12 **Medio** y menor de 6 **Bajo** grado de despersonalización.

Y en la subescala de Realización Personal (RP) funciona en sentido contrario a las anteriores; y así de 0 a 31 puntos indicaría **Baja** realización personal, de 32 a 38 **Medio** y superior a 38 **Alto**.

- **Cuestionario de Orientación a la Vida (O.L.Q)** (Antonovsky, 1987): Está constituido por 29 ítem (existe una forma reducida de 13 ítem) agrupados en tres subescalas que evalúan cada una de las tres dimensiones del constructo de SOC: comprensibilidad con 11 ítem, manejabilidad con 10 ítem y significatividad con 8 ítem. La escala de respuesta presenta 7 categorías (de 1 a 7) que forman un continuo bipolar limitado en los extremos por dos frases de anclaje a partir de las cuales se debe situar el sujeto. Las puntuaciones expresan la fortaleza del SOC del individuo, siendo esta mayor cuanto más elevada es la puntuación obtenida.

### Características

El SOC ha sido objeto de varios estudios a nivel mundial en donde muestra su efectividad como herramienta para la promoción de la salud mental, en tanto es recurso de afrontamiento frente a los retos de la vida. El SOC permite la integración de los entornos, los grupos; así como los individuos a través de tres ejes: la manejabilidad, la comprensibilidad y la significatividad.

Según Antonovsky, el individuo con un SOC elevado selecciona el tipo de estrategia de afrontamiento que resulta más apropiada en función del estresor ante el que se encuentra. Para Antonovsky, el constructo se escinde en 3 dominios cognitivos estrechamente relacionados: comprensibilidad, manejabilidad y significación. La

comprensibilidad se caracteriza por percibir de forma estructurada, predecible y explicable la estimulación procedente del ambiente tanto interno como externo del individuo; la manejabilidad indica que los recursos para alcanzar las demandas planteadas por tal estimulación están disponibles, y la significación hace referencia a que el individuo percibe esas demandas como desafíos merecedores de esfuerzo e implicación.

El SOC ha demostrado ser una variable asociada con resultados de salud en muestras clínicas y no clínicas. Un nivel elevado de SOC se relaciona significativamente con la recuperación de estados depresivos, un mayor nivel de funcionamiento en población general y una menor mortalidad por cualquier causa, por mencionar sólo algunos ejemplos.

De acuerdo con el modelo original de Antonovsky, hay 3 mecanismos mediante los cuales el SOC favorece el estado objetivo y percibido de salud física, mental y social:

a) los individuos con SOC elevado tienen menor riesgo de percibir situaciones desfavorables como estresantes, lo que les protege de los efectos negativos del estrés sobre el estado de salud;

b) la percepción de «controlabilidad», que subyace a los componentes del SOC, tiene efectos fisiológicos protectores;

c) las personas con SOC alto tienen una mayor probabilidad de adoptar conductas saludables (p. ej., practicar ejercicio físico o abstenerse del consumo de drogas). La literatura médica indica que los individuos con SOC elevado presentan un nivel de salud autorreferido más estable ante recientes acontecimientos vitales de carácter estresante y un mejor funcionamiento inmunológico ante acontecimientos estresantes en edades avanzadas (p. ej., protección frente al estrés y mejor funcionamiento fisiológico), tienen un mayor grado de control glucémico en el caso de los diabéticos, acuden con mayor frecuencia al dentista y presentan un mayor cumplimiento de los programas de rehabilitación (conductas saludables).

Estos hallazgos dan fundamento empírico al modelo teórico original del SOC. Ericsson y Lindström han realizado una revisión actualizada de la relación del SOC con la salud. (Virués-Ortega, Martínez-Martín, Del Barrio & Lozano, 2007).

- La versión utilizada en esta investigación es Escala Sentido de Coherencia –SOC– (Casullo, 1995). La consistencia interna del cuestionario ha sido repetidamente probada. (Ver Anexo A.2)

## Normas generales

Se trata de una Escala Autoadministrable que evalúa el Sentido de Coherencia entendido a través de sus tres componentes principales: comprensión, control y atribución de sentidos. Está formada por 29 ítems con 7 opciones de respuesta en formato de diferencial semántico. El evaluado obtiene una puntuación entre los 29 y los 203 puntos.

Los estudios realizados en Argentina, en la Ciudad de Buenos Aires (Castro Solano, Brizzio & Casullo, 2003), con adolescentes revelan la alta confiabilidad de la Escala SOC (alpha de Cronbach = .93).

El elemento crucial del sentido de coherencia está centrado en el poder; no para determinar si el desenlace de una situación depende de uno mismo o de otros, sino para reconocer en dónde está el poder y dónde debería estar ubicado legítimamente. Esto puede darse internamente en el individuo, o provenir de otros. De esta manera, es la legitimidad lo que asegura a largo plazo que las cosas van a ser comprensibles y que el sentido de coherencia no se va a ver vulnerado.

## Obtención de puntuaciones

La puntuación en las escalas del SOC corresponde al resultado de sumar todos los puntos o grados de frecuencia (1 - 7) anotados en los elementos correspondientes a cada una de ellas.

Los elementos 1\*, 3, 5\*, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24 y 26 conforman la escala de *Comprensibilidad*.

Los elementos 2,6\*, 9, 13\*,18 ,20\*,23\*,25\*,27\*,29 conforman la escala de *Manejabilidad*.

Los elementos 4\*, 7\*, 8, 11\*, 14\*, 16\*, 22\*, 28\* conforman la escala de *Significatividad*.

Los elementos señalados con \* señala que deben reinvertirse los puntajes.



<b>Composición de las escalas del SOC</b>	<b>ELEMENTOS</b>	<b>PD MÁXIMA</b>	<b>PD MÍNIMA</b>
Comprensibilidad	1*, 3, 5*, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24, 26	77	11
Manejabilidad	2,6*, 9, 13*,18, 20*,23*,25*,27*,29	70	10
Significativad	4*, 7*, 8, 11*, 14*, 16*, 22*, 28*	56	8

En la descripción original, como ya fue mencionado anteriormente, la escala SOC-29 estaría compuesta por tres subescalas correspondientes a los tres componentes en los que se dividiría el SOC: comprensibilidad (11 ítem), manejabilidad (10 ítem) y significatividad (8 ítem) (Antonovsky, 1987).

El mismo autor sugiere que debe utilizarse únicamente la puntuación total, en lugar de las tres puntuaciones de las subescalas del SOC, ya que los tres componentes se entrelazan indisolublemente, presentando una gran correlación entre ellos, a pesar de que se podrían distinguir desde un punto de vista teórico (Antonovsky, 1993).

Para la interpretación de los resultados se tomó como modelo el estudio realizado por Hernández Zamoraa, Ehrenzweig Sánchez & Yépez Olvera en 2010. Es decir, para evaluar el nivel de sentido de coherencia de cada una de los entrevistados se obtuvo el puntaje máximo que pudieran obtener las personas así como el mínimo, dividiéndose de manera proporcional para obtener así tres niveles en los cuales ubicarlos: alto, medio y bajo sentido de coherencia.

De esta manera, se definieron las siguientes categorías:

- Categoría Alta: 203-146
- Categoría Media: 145-87
- Categoría Baja: 86-0

## **VI. 8 Procedimiento metodológico**

La selección de quienes participaron en el estudio fue *intencional*, es decir, que los sujetos fueron elegidos de acuerdo a las necesidades de la investigación; careciendo de representatividad y de posibilidades de generalizar los resultados. Se eligió una muestra total de 31 sujetos profesionales de la salud mental pertenecientes al ámbito público y con un rango de edad de 25-55 años.

Se acordaron citas individuales y/o grupales con los sujetos para poder contestar los cuestionarios.

Se diseñó un consentimiento informado de participación en forma escrita. El mismo detalla que los datos que la investigación da a conocer son confidenciales y anónimos. A su vez, se recalca que la participación es totalmente voluntaria y se realiza devolución en el caso que se solicite. (Ver Anexo A.3)

El consentimiento es entregado, leído y firmado por los entrevistados previo a la administración de los cuestionarios psicológicos. En el caso que algún participante no desee firmar el consentimiento, no se le podrán administrar las técnicas previstas.

Luego de haber firmado el consentimiento, se administraron las pruebas psicológicas a profesionales pertenecientes al Programa de prevención de maltrato infantil, área de salud mental, en Mendoza-Argentina.

Los cuestionarios psicológicos que se utilizaron son: Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach y Jackson, 1986) y Escala Sentido de Coherencia –SOC- (Casullo, 1995). En los cuestionarios aparece un pequeño apartado anexado, en el mismo se le pregunta a los encuestados algunos datos: edad, profesión, cantidad de horas semanales, antigüedad en el puesto, entre otros. Teniendo en consideración el tiempo de resolución de los cuestionarios, se administraron en el orden citado.

Para el análisis e interpretación de resultados, se realizó un procesamiento de los datos, mediante pruebas estadísticas descriptivas.

# **Capítulo VII: Presentación y Discusión de Resultados**

## **Capítulo VII**

En el presente capítulo se procede a realizar un análisis de los datos obtenidos mediante la administración del MBI Maslach Burnout Inventory y de la Escala Sentido de Coherencia, con el fin de dar respuesta a los objetivos planteados por esta investigación.

Para poder identificar la presencia del Síndrome de Burnout en la población de profesionales de la salud mental pertenecientes al Programa de Maltrato infantil, se aplicó el Cuestionario a la muestra de profesionales de la salud mental, como ya fue explicado anteriormente.

La fase siguiente consistió en la corrección y codificación del Cuestionario. En la misma se obtuvieron las puntuaciones directas de los 31 sujetos de la muestra. (Ver Anexo Tabla B1).

Para la interpretación de los datos, se categorizaron las puntuaciones obtenidas según los puntos de corte establecidos por las autoras C. Maslach y S. E. Jackson. (Ver Anexo Tabla B2).

En un segundo momento, se convirtieron las puntuaciones directas categorizadas de cada dimensión en porcentaje. Ej.: Para obtener el porcentaje se multiplicó el total de los sujetos categorizados en el nivel “Bajo” por el valor 100, y el resultado de esta operación fue dividido por el valor 31 (cant. total de la muestra). Esta misma operación fue realizada para cada categoría: Alto/Medio/Bajo en las 3 dimensiones del Cuestionario.

Se confeccionaron 3 gráficos circulares, uno para Cansancio Emocional, otro para Despersonalización y el último para Realización personal. Los mismos exhiben la clasificación en Alto/Medio/Bajo de cada dimensión del Cuestionario en porcentaje. (Ver Anexo Gráfico C1, C2 y C3).

A continuación se presenta una tabla que expone los resultados obtenidos.

**Tabla n°1. Clasificación de las dimensiones CE, DP y RP Alto/Medio/Bajo. n=31**

<b>DIMENSIONES</b>	<b>CE</b>	<b>DP</b>	<b>RP</b>
<b>ALTO</b>	<b>16%</b>	<b>3%</b>	<b>55%</b>
<b>MEDIO</b>	<b>7%</b>	<b>26%</b>	<b>39%</b>
<b>BAJO</b>	<b>77%</b>	<b>71%</b>	<b>6%</b>

En la dimensión de Cansancio Emocional se observa que el 77% de los sujetos obtuvo una puntuación categorizada como Baja. El 16% de los sujetos obtuvo una puntuación Alta en esta sub-escala y solo el 7% mostró una puntuación Media.

Por otro lado se observa que solo el 3% presenta una puntuación Alta en la dimensión de Despersonalización. El 26% de la muestra aparece con una puntuación Media y la gran mayoría, el 77% de los sujetos exhibe una puntuación Baja.

En cuanto a la Realización Personal, el 55% de la muestra presentó un nivel Alto, el 39% de la muestra un nivel Medio y solo el 6% de la muestra un nivel Bajo.

De acuerdo a los datos obtenidos hasta el momento, podemos decir a grandes rasgos que la población de sujetos encuestada no muestra signos de padecimiento del Síndrome de Burnout. Ya que los valores exhibidos en las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización superan el 70% en la dimensión Bajo.

Sin embargo, no se puede obviar al 16% de la muestra que presentó Cansancio Emocional elevado; como tampoco el 26% de la muestra que presentó Despersonalización a nivel Medio. Por más de que el porcentaje es reducido, se puede pensar que hay **ciertas variables** que estarían afectando a parte de la muestra, dejando al descubierto cierto nivel de Estrés. Teniendo presente los fundamentos teóricos investigados en la Revisión de la Literatura y los datos de los sujetos recabados en los Cuestionarios se abre el panorama, y se empieza a pensar en la posible implicación de las variables: **Cantidad de horas semanales y Antigüedad en el puesto de trabajo**. Esta relación es evaluada al final del capítulo

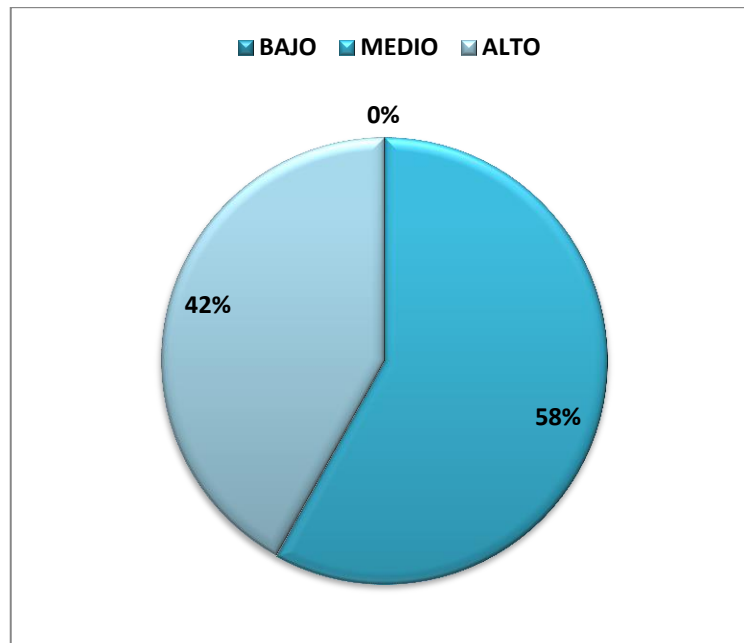
Por otro lado, otro dato significativo es que en la dimensión de Realización Personal predominan los porcentajes elevados (categorías Alto/Medio). Según el criterio de los autores del Cuestionario las puntuaciones elevadas en Realización Personal son positivas e indicarían un alto grado de motivación y satisfacción laboral.

En la fase de corrección de la **Escala Sentido de Coherencia** se obtuvieron las puntuaciones directas de los 31 sujetos de la muestra. (Ver Anexo Tabla B3)

El autor de la Escala sugiere que debe utilizarse únicamente la puntuación total, en lugar de las tres puntuaciones de las subescalas del SOC. Por lo cual, se realizó la sumatoria de las puntuaciones obtenidas en cada dimensión de cada sujeto.

Para evaluar el nivel de Sentido de Coherencia de cada una de los entrevistados se obtuvo el puntaje máximo que pudieran obtener las personas así como el mínimo, dividiéndose de manera proporcional para adquirir así tres niveles en los cuales ubicarlos: alto, medio y bajo sentido de coherencia. (Ver Anexo Tabla B4)

Al tener la información arrojada por la Escala Sentido de Coherencia ya categorizada en Alto/Medio/Bajo según los criterios mencionados anteriormente, se procedió a realizar un Gráfico Circular.



**Gráfico n° 1. SOC de la muestra en porcentaje. n=31**

Se puede observar cómo el SOC de la muestra aparece ocupando las categorías Alto y Medio. El 42% de la muestra presenta un SOC Alto y el 58% de la muestra un SOC Medio. No hay sujetos que exhiban un SOC Bajo.

Una vez que fueron obtenidos los datos arrojados en ambos cuestionarios: MBI y SOC, se procede a hacer un análisis de la relación y posible implicación entre ambos constructos.

A continuación se exhibe un Histograma y una tabla que expone la clasificación en porcentaje de las dimensiones Cansancio emocional, Despersonalización, Realización Personal y Constructo Sentido de Coherencia de la muestra de sujetos encuestada.

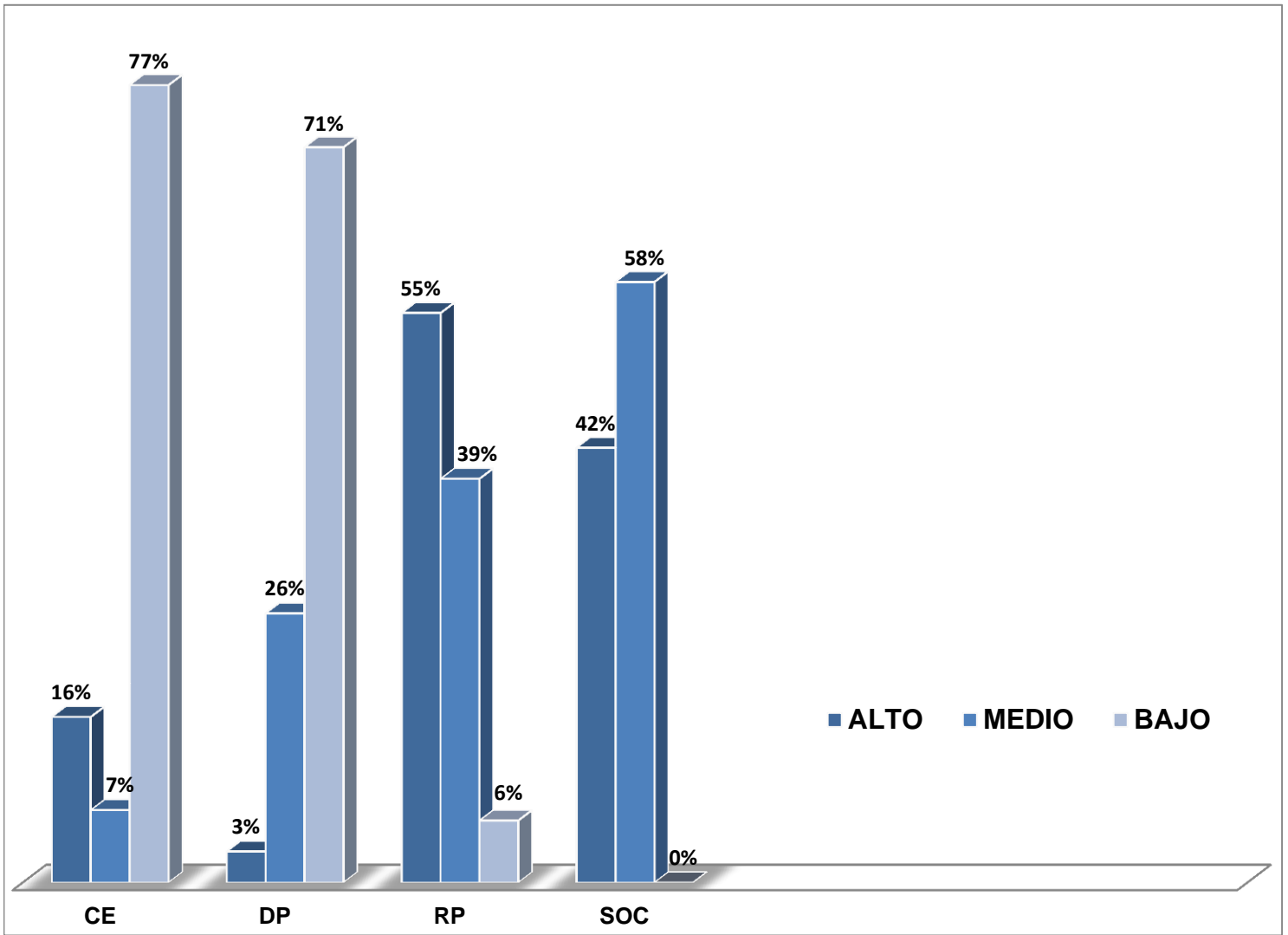


Gráfico n° 2. Porcentajes: Dimensiones CE, DP, RP y SOC

**Tabla n°2. Clasificación en porcentaje de las dimensiones CE, DP, RP y SOC. n=31**

<b>DIMENSIONES</b>	<b>CE</b>	<b>DP</b>	<b>RP</b>	<b>SOC</b>
<b>ALTO</b>	<b>16%</b>	<b>3%</b>	<b>55%</b>	<b>42%</b>
<b>MEDIO</b>	<b>7%</b>	<b>26%</b>	<b>39%</b>	<b>58%</b>
<b>BAJO</b>	<b>77%</b>	<b>71%</b>	<b>6%</b>	

Según Antonovsky el SOC es un constructo que permanece estable especialmente después de los 30 años de edad aunque pueden ocurrir algunas transformaciones después de esta edad. El Sentido de Coherencia tiende a incrementar con la edad (Antonovsky & Sagy, 2001; Eriksson & Lindström, 2005).

La segunda hipótesis de Antonovsky versa sobre la influencia del nivel de SOC en la estabilidad del mismo, se ha reflejado que es más estable entre las personas con un alto SOC en comparación con las que tienen un bajo SOC.

Tomando en consideración los postulados teóricos que refiere el autor de la Escala Sentido de Coherencia, se podría inferir que en la muestra de sujetos con edad promedio “36 años” el SOC estaría funcionando de manera estable, presentando a su vez puntuaciones altas y medias en el mismo. Se debe tener presente que las puntuaciones expresan la fortaleza del SOC del individuo, siendo esta mayor cuanto más elevada es la puntuación obtenida.

Por lo tanto, se puede deducir que el SOC estaría actuando como modulador ante el Síndrome de Burnout en la muestra seleccionada; ya que, como fue mencionado anteriormente la población de sujetos encuestada no muestra signos de padecimiento del Síndrome del Burnout; los valores exhibidos en las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización superan el 70% en la dimensión Bajo.

Los trabajadores con un nivel elevado de Sentido de Coherencia experimentan menos estrés laboral. Un fuerte sentido de coherencia podría ayudar a los trabajadores a entender los estresores e interpretarlos como manejables y significativos. Otros estudios señalan como los individuos dotados de un fuerte SOC manifiestan menores índices de burnout que aquellos caracterizados por puntuaciones bajas en dicho constructo (Basson & Rothmann, 2002; Gilbar, 1998; Rothmann, Jackson & Kruger, 2003). El Cansancio Emocional está negativamente relacionado con el Sentido de Coherencia (van der Colff & Rothmann, 2009).



Según Baker, North & Smith el hallazgo habitual en la correlación de ambos constructos; Burnout y SOC, suele ser una asociación inversa entre SOC, Cansancio Emocional y Despersonalización, relación que es directa en el caso de la Realización personal. (Baker, North & Smith, 1997 citado en Fernández Martínez, 2009).

Teniendo presente lo analizado por estos autores, se puede corroborar en la muestra de sujetos encuestada que el Cansancio Emocional y Despersonalización mantendrían una relación inversa con el SOC, esto significa que las puntuaciones Bajas en CE y DP estarían siendo reguladas y mantenidas gracias a un SOC elevado en los sujetos. Por otro lado la relación es directa con la dimensión Realización Personal, puntuaciones altas en RP condecirían con un SOC elevado en la muestra de sujetos.

En los estudios mencionados recientemente se remarca la idea de que el SOC interviene en los procesos de estrés y funciona como moderador de aquellas situaciones desbordantes, en esta Tesina se puede corroborar el mismo postulado; altas puntuaciones en SOC reflejarían una mayor capacidad para afrontar las situaciones problemáticas y correlacionaría de forma negativa con los síntomas asociados al estrés.

Como ya fue explicado en el análisis de la tabla nº1; teniendo presente lo evaluado en la Revisión de la Literatura en cuanto a los desencadenantes del estrés laboral y los datos de los sujetos recabados en los Cuestionarios se decide evaluar la posible implicación de las variables Cantidad de horas semanales y Antigüedad en el puesto de trabajo y su relación con la aparición del Burnout.

A continuación se realiza un análisis de las variables **1- Antigüedad de la profesión, 2- Cantidad de Horas semanales de trabajo** y su relación con el Burnout. Estas variables fueron obtenidas a través de una pequeña encuesta anexada al Cuestionario MBI; en la misma se le pregunta a los sujetos por el turno de trabajo que desempeñan, la cantidad de horas que cumplen y la antigüedad en el puesto que llevan a cabo.

Para poder correlacionar las variables descriptas, con el Síndrome del Burnout, se emplearon tablas dinámicas en Excel.

**Tabla n°3. Variable Antigüedad en el Puesto. Relación con el Síndrome del Burnout. n=31**

Variable: Antigüedad de la profesión	CE		
	Alto	Bajo	Medio
	6%	32%	0%
“Antiguo” (5-10) años	6%	16%	3%
“Muy antiguo” (< 10) años	3%	29%	3%
“Nuevo”(0-5) años	16%	77%	6%
<b>Total general</b>			

En esta dimensión se puede observar que el 6% de los sujetos que mantiene un CE Alto, trabaja hace más de 10 años en el mismo puesto. Otro 6% trabaja entre 5 y 10 años en el mismo puesto y también mantiene un CE Alto. No se pueden apreciar relaciones importantes en cuanto a la dimensión CE Alta y Antigüedad en el puesto.

Lo mismo ocurre si observamos a los sujetos que mantienen un CE Bajo. El 32% de la muestra que presenta un CE Bajo, lleva trabajando en el mismo puesto entre 5 y 10 años. Otro 29%, que también mantienen un CE Bajo trabaja hace 5 años.

Este análisis, nos llevaría a pensar que la Antigüedad en el puesto no estaría afectando al posible sentimiento de Cansancio Emocional de los sujetos profesionales de la salud mental.

**Tabla n°4. Variable Antigüedad en el Puesto. Relación con el Síndrome del Burnout. n=31**

Variable: Antigüedad de la profesión	DP		
	Alto	Bajo	Medio
	0%	29%	10%
“Antiguo” (5-10) años	3%	16%	6%
“Muy antiguo” (< 10) años	0%	26%	10%
“Nuevo”(0-5) años	3%	71%	26%
<b>Total general</b>			

En la dimensión de Despersonalización ocurre algo similar en comparación a la dimensión de Cansancio Emocional. No aparecen porcentajes Altos de Despersonalización asociados a una categoría “Muy Antigua” o “Antigua” en el puesto de trabajo.

Si analizamos a la población que obtuvo DP Baja; no surgen datos relevantes en relación a la variable en cuestión. El 71% de los sujetos con DP baja aparece distribuido de manera más o menos proporcional en las 3 categorías de análisis (“Antiguo”/”Muy Antiguo”/”Nuevo”). Nuevamente podemos comprobar que la variable Antigüedad en la profesión no estaría afectando al sentimiento de despersonalización de la muestra investigada.

En el marco teórico de la presente Tesina fue estudiada la existencia de factores desencadenantes del Estrés Laboral, pertenecientes al entorno subjetivo. Hay variables en juego que actúan como facilitadores de la problemática de estrés. El autor menciona que la “**Experiencia laboral**” (**Antigüedad en el puesto**) puede ser un gran reductor de la tensión, la experiencia en el trabajo tiende a relacionarse negativamente con la tensión laboral. Se han puesto en consideración dos explicaciones:

- 1) El retiro selectivo: La rotación voluntaria es más probable entre la gente que experimenta más tensión. Por tanto, las personas que permanecen con la organización más tiempo son más resistentes a las características de tensión de su organización.
- 2) La gente a la postre desarrolla mecanismos de defensa para manejar la tensión. Debido a que toma tiempo, los miembros más antiguos en una organización tienen más probabilidades de estar completamente adaptados y deberían experimentar menos tensión.

De esta manera, se comprueba, en ambas dimensiones CE y DP, que lo analizado mediante las pruebas objetivas condice con los fundamentos teóricos investigados.

No se tuvo en cuenta la dimensión de Realización Personal en el análisis de esta variable, porque no hubo indicadores que llamaran la atención para investigar en profundidad.

**Tabla n°5. Variable Cantidad de Horas semanales de trabajo. Relación con el Síndrome del Burnout.**

Variable: Cantidad de Hs. Semanales	CE		
	Alto	Bajo	Medio
Jornada normal (20-40hs)	6%	58%	6%
Jornada reducida(>20hs)	3%	13%	0%
Muchas hs.< 40hs)	6%	6%	0%
<b>Total general</b>	<b>16%</b>	<b>77%</b>	<b>6%</b>

A partir de la tabla exhibida se puede observar claramente cómo el 58% de los sujetos que llevan a cabo una “Jornada normal” de trabajo (20-40hs) obtienen un Cansancio emocional Bajo. Es decir que más de la mitad de la muestra demuestra que a menor exigencia horaria de trabajo, menos probabilidad de sentirse emocionalmente agotado y desbordado. Solo el 6% de la población que aparece con un CE Bajo, trabaja “Muchas horas”.

**Tabla n°6. Variable Cantidad de Horas semanales de trabajo. Relación con el Síndrome del Burnout.**

Variable: Cantidad de Hs. Semanales	DP		
	Alto	Bajo	Medio
Jornada normal (20hs)	0%	55%	16%
Jornada reducida(>20hs)	0%	10%	6%
Muchas hs.< 40hs)	3%	6%	3%
<b>Total general</b>	<b>3%</b>	<b>71%</b>	<b>26%</b>

En esta dimensión se puede apreciar como el 55% de los sujetos que conservan una Despersonalización Baja, llevan a cabo una “Jornada normal” de trabajo. Lo mismo ocurre con el 16% de los sujetos que logran una Despersonalización Media, trabajan entre 20-40 hs. semanales. En relación a la dimensión de CE, la dimensión DP estaría comprobando lo mismo; a menor carga horaria semanal menos posibilidades tiene el sujeto de enfermarse de estrés.

**Tabla n°7. Variable Cantidad de Horas semanales de trabajo. Relación con el Síndrome del Burnout.**

Variable: Cantidad de Hs. Semanales	RP		
	Alto	Bajo	Medio
Jornada normal (20hs)	39%	3%	29%
Jornada reducida(>20hs)	10%	0%	6%
Muchas hs.(< 40hs)	6%	3%	3%
<b>Total general</b>	<b>55%</b>	<b>6%</b>	<b>39%</b>

En Realización Personal se puede observar lo mismo recalado anteriormente en las otras dos dimensiones. El 39% de los sujetos que mantienen una RP alta, llevan a cabo una jornada laboral normal. Y el 29% que logran una RP media, también trabajan entre 20-40 hs. semanales.

Los autores Ivancevich y Matteson mencionan que **“La sobrecarga de trabajo” cuantitativa**, exceso de actividades a realizar en un determinado período de tiempo, actúa como facilitador de la problemática de Estrés.

A manera de conclusión, podríamos inferir que la variable **Cantidad de horas semanales** influye parcialmente en el desencadenamiento del Síndrome. Ya que fue comprobado en las 3 dimensiones del Burnout, que a menor sobrecarga horaria de trabajo, los sujetos se sienten menos agotados y más realizados que aquellos que llegan a trabajar más de 40 horas semanales. Nuevamente los fundamentos teóricos son comprobados empíricamente.

# **Conclusiones y Sugerencias**

## CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En los últimos años el Síndrome de Burnout ha adquirido especial relevancia, principalmente por la serie de repercusiones que tiene en el ámbito laboral y personal. La salud laboral del personal sanitario puede incidir tanto en la calidad prestada como en su formación. Existen numerosos estudios sobre la prevalencia de este Síndrome en diferentes profesionales de la salud. El contacto estrecho con los pacientes y la sobrecarga de trabajo son las principales causas del Síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como riesgo de trabajo. Su trascendencia radica en el impacto que tiene en la relación laboral entre el personal médico y/o paramédico y las instituciones de salud.

Una característica común a todos los profesionales de la salud es que trabajan con personas que tienen problemas, bajo una fuerte presión y se ven sometidos a un grado elevado de estrés al tener que resolver estas demandas con los recursos disponibles. (Bernaldo de Quirós-Aragón & Labrador-Encinas, 2007; Ortega & López, 2004 citado en Fernández Martínez, 2009).

La tendencia más consistente en los últimos años se ha orientado a vincular el Burnout y las variables de personalidad propias del enfoque activo y positivo de la salud, el llamado modelo salutogénico de salud. Este enfoque propone considerar la salud como una variable dinámica entre los polos de la enfermedad y el bienestar de la persona.

Los modelos salutogénicos han enfatizado la relevancia de las variables personales del sujeto, especialmente las variables activas y positivas que identifican un estilo de conducta ante los factores de estrés (Moreno, Morante, Rodríguez y Rodríguez, 2008 citado en Fernández Martínez, 2009).

Ley (2009) “La mayor atención al modelo en las últimas décadas tiene que ver con el reconocimiento de la OMS de que la salud es más que la ausencia de enfermedad y que la salud incluye el pleno bienestar físico, psíquico y social “. (p.48)

La presente investigación plantea como principal desafío intentar hacer un cambio de mirada, tratar, como profesionales de la salud despojarnos del modelo patologizante y ubicarnos desde el modelo salutogénico. Y desde este último demostrar que ante una problemática tan frecuente como es hoy en día el Burnout, el sujeto tiene recursos y puede hacerle frente. Lo sustancial no es describir el lado enfermo de la población investigada sino focalizar en el lado sano, demostrando mediante la administración de la Escala Sentido de Coherencia que los Recursos Generales de Resistencia que posee el sujeto pueden actuar de manera paliativa ante el Burnout.

Si tenemos en cuenta la hipótesis que dirigió la Tesina; “¿Existe relación entre la puntuación obtenida en la Escala Sentido de Coherencia y la puntuación obtenida en el Cuestionario del Síndrome del burnout, en una población integrada por profesionales de la salud mental con una edad entre 25-55 años pertenecientes al ámbito público?, la respuesta es afirmativa. Se corroboró mediante los procedimientos estadísticos descriptivos que no existe un SOC Bajo en la muestra de profesionales encuestados. Solo aparecen puntuaciones Altas y Medias del constructo Sentido de Coherencia. Este dato, asociado a un nivel muy Bajo de Cansancio Emocional y Despersonalización y a un nivel elevado de Realización Personal, nos estaría indicando que el SOC actúa como mediador ante la posible afectación del Síndrome de estrés laboral en la muestra de profesionales de la salud mental pertenecientes al Programa de prevención y maltrato infantil, Mendoza, Argentina.

Por lo tanto en la muestra de profesionales de la salud mental se puede observar:

1. **Un Sentido de Coherencia fuerte y estable.** El Sentido de Coherencia estaría actuando como fortaleza de los sujetos; ayudando a entender los estresores e interpretarlos como manejables y significativos. El promedio de edad de la muestra evaluada es “36 años”. La edad refleja la “madurez” del constructo (Antonovsky, 2001). Se observa que a mayor edad, el constructo Sentido de Coherencia aparece más fortalecido y se mantiene estable.

Un **SOC fuerte** refleja:

- Menor riesgo de percibir situaciones desfavorables como estresantes, lo que les protege de los efectos negativos del estrés sobre el estado de salud. Mayor probabilidad de adoptar conductas saludables.
- Mejor uso de los recursos disponibles, un mayor afrontamiento adaptativo y un nivel elevado de resiliencia (Johansson, Larsson & Hamrin, 1998).
- La percepción de «controlabilidad», que subyace a los componentes del SOC, tiene efectos fisiológicos protectores.
- Un nivel de salud autorreferido más estable ante recientes acontecimientos vitales de carácter estresante y un mejor funcionamiento inmunológico ante acontecimientos estresantes en edades avanzadas.
- Sentimientos de confianza en sí mismo, de que los problemas se van a resolver satisfactoriamente y más probabilidad de elegir la estrategia de afrontamiento



adecuada a la situación estresante, por lo tanto tiene menos probabilidades de que la tensión se transforme en estrés. (Fiorentino & Pomazal, 1994 citado en Moreno Jiménez, 1999).

**2. Puntuaciones Bajas en CE y DP y Altas en RP.** Se puede decir a grandes rasgos que la población de sujetos encuestada no muestra signos de padecimiento del Síndrome de Burnout. Ya que los valores exhibidos en las dimensiones de Cansancio Emocional y Despersonalización superan el 70% en la dimensión Bajo. Y En cuanto a la Realización Personal, el 55% de la muestra presentó un nivel Alto, el 39% de la muestra un nivel Medio y solo el 6% de la muestra un nivel Bajo.

Las conclusiones **1** y **2** se sostienen desde la teoría:

- Varios estudios señalan como los individuos dotados de un fuerte SOC manifiestan menores índices de burnout que aquellos caracterizados por puntuaciones bajas en dicho constructo (Basson & Rothmann, 2002; Gilbar, 1998; Rothmann, Jackson & Kruger, 2003). El cansancio emocional está negativamente relacionado con el Sentido de Coherencia (van der Colff & Rothmann, 2009).
- Altas puntuaciones en SOC se asocian a menores síntomas psicológicos y mejor adaptación social (Carmel, Anson, Levenson, Bonneh & Maoz, 1991; Moreno, Alonso & Álvarez, 1997; Ungar & Florian, 2004).

Por otro lado, se observó que el 16% de la muestra presentó Cansancio Emocional elevado; y otro 26% de la población presentó Despersonalización a nivel Medio. Por más de que el porcentaje es reducido, no se pueden obviar estos datos. Y es allí cuando aparece el interrogante; “existen ciertas variables que afectan a parte de la muestra, dejando al descubierto cierto nivel de estrés”. En el marco teórico fueron estudiados los desencadenantes del Estrés Laboral, por lo tanto se abre el panorama, y se empieza a pensar en la posible implicación de las variables: Cantidad de horas semanales y Antigüedad en el puesto de trabajo.

- 3.** Se pudo corroborar que la variable **Cantidad de Horas semanales** actúa como factor de riesgo ante la manifestación del Síndrome. Fue comprobado en las 3 dimensiones del Burnout, que a menor sobrecarga horaria de trabajo, los sujetos se sienten menos agotados y más realizados que aquellos que llegan a trabajar más de 40 horas semanales.
- 4.** En cuanto a la variable **Antigüedad en el puesto**. Los resultados obtenidos demostraron que la variable implicada no afecta a los

sentimientos de agotamiento y despersonalización de la muestra en cuestión.

*Como posibles sugerencias:*

- Si bien la muestra empleada en la presente investigación fue de un número reducido de sujetos, en un futuro estudio se puede ampliar la muestra con la finalidad de obtener mayor validez empírica.
- Se puede realizar una investigación Cualitativa para indagar en profundidad la muestra de sujetos investigada. Evaluar mediante Entrevistas en Profundidad cómo se sienten los sujetos, cómo organizan sus tareas en relación al tiempo, cómo manejan las situaciones problemáticas que tratan a diario como profesionales de la salud mental pertenecientes al Programa de Maltrato, entre otras.
- También se deja entreabierto como posible temática a investigar en un futuro lo que plantea Antonovsky sobre el SOC y las estrategias de afrontamiento. El autor, sugirió que un elevado SOC puede prevenir la tensión asociada al estrés que está implicada en el desarrollo de problemas de salud. Individuos con un elevado SOC están más predispuestos a seleccionar estrategias de afrontamiento que son eficientes para acabar con el estresor. Los individuos con un elevado SOC tienden a usar estrategias centradas en el problema, son flexibles en su elección de estrategias y están predispuestos a usar feedback para redirigir su afrontamiento (van der Colff & Rothmann, 2009).

Como propuesta final, cabe destacar que el potencial del modelo salutogénico está relacionado con sus implicaciones prácticas. Es evidente que este modelo es un buen enfoque para ser aplicado en la construcción de políticas y programas de salud pública, así como en otras políticas también relacionadas con la salud. Su campo de aplicación es amplio, permitiéndonos como profesionales de la salud incluirlo en nuestra práctica clínica cotidiana, priorizando los recursos potenciales de los sujetos y desde allí intervenir.

En concreto, según resumen Lindstrom y Eriksson, el modelo salutogénico sería una buena base de fundamentación para la Promoción de la Salud, por tres razones principales: en primer lugar, porque el foco se coloca en la resolución de problemas y en la búsqueda de soluciones; en segundo lugar, porque identifica Recursos Generales de Resistencia que ayudan a las personas a moverse en la dirección de salud positiva; y, en tercer lugar, porque identifica un sentido o discernimiento global y omnipresente en los individuos, grupos, poblaciones o sistemas, cuya capacidad se plasma en el SOC (comprensión, manejabilidad y significatividad de los acontecimientos vitales).

## **Referencias Bibliográficas**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adali, E.; Priami, M.; Evagelou, H.; Mougia, V.; Ifanti, M. & Alevizopoulos, G. (2003). Síndrome del quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *European Journal of psychiatry*, 17 (3). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1579-699X2003000300004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1579-699X2003000300004)
- Aldrete Rodríguez, M.G; Preciado Serrano, M; Franco Chávez, S.A; Pérez, J.A y Aranda Beltrán, C. (octubre, 2008). Factores Psicosociales Laborales y Síndrome de Burnout: Diferencias entre hombres y mujeres docentes de secundaria, zona metropolitana de Guadalajara, Mexico. Memorias. 2. Recuperada de [http://factorespsicosociales.com/segundoforo/trabajos\\_libres/ALDRETE-RECIADO-FRANCO-ETAL.pdf](http://factorespsicosociales.com/segundoforo/trabajos_libres/ALDRETE-RECIADO-FRANCO-ETAL.pdf)
- Álvarez, M.A; Arce, L.A; Barrios, E.A & Sánchez de Coll, A.R. (enero, 2005). Síndrome de Burnout en Médico de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 141. Recuperado de [http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista141/9\\_141.htm](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista141/9_141.htm)
- Ardid, C. y Zarco, V. El estrés laboral. En RODRIGUEZ FERNANDEZ, A. *Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Ed: Pirámide, 2001, Cáp. 15, pág. 235-246
- Barrios Casas, S. y Paravic Klinjn, T. (2006). Promoción de la salud y un entorno saludable. *Revista Latino-am Enfermagem* , 14 (1), 136-41.
- Bestiero, J.; Alvarez, M.; Lemos, S.; Muñoz, J.; Costas, C. & Weruaga, A. (2008). Dimensiones de personalidad, sentido de coherencia y salud percibida en pacientes con un síndrome fibromiálgico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (2), 411-427. Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-283.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-283.pdf)
- Blanch Plana, A.; Aluja Fabregat, A. & Biscarri Gassió, J. (2002). Síndrome de Quemarse en el Trabajo (Burnout) y Estrategias de Afrontamiento: Un modelo de Relaciones Estructurales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 18(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=231317661003>

- Bracco, C & Reyna, C. (noviembre, 2011). Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento en Acompañantes Terapéuticos. *Revista IIPSI*, 2 (14). Recuperado de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion\\_psicologia/v14\\_n2/pdf/a03v14n2.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v14_n2/pdf/a03v14n2.pdf)
- Castro Solano, A., Brizzio, A. & Casullo, M. M. (2003). Factores salugénicos en adolescentes argentinos. Un estudio preliminar con la escala de Sentido de Coherencia de Antonovsky. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires*, 1, 55-78.
- Casullo, M. M. & Castro Solano, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Perú*, 18(1), 36-68.
- Casullo, M. M. & Fernández Liporace, M. (2006). Las propuestas de la Psicología Positiva. ¿Universales psicológicos o particulares de una visión cultural? *Anuario de Investigaciones*, 14, 261-268.
- Casullo, M. M. (1999). La evaluación psicológica: Modelos, técnicas y contexto socio-cultural. *RIDEP. Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 7(1), 97-113.
- Casullo, M. M. (2000). Psicología salugénica o positiva. Algunas reflexiones. *Anuario de Investigaciones*, 8, 340-346.
- Casullo, M. M. (2000). Psicología salugénica o positiva. Algunas reflexiones. *Anuario de Investigaciones*, 8, 340-346.
- Casullo, M. M. (2005). El capital psíquico. Aportes de la Psicología Positiva. *Psico-debate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 6, 59-71.
- Chávez, S. A. (2008). *Frecuencia del Síndrome del burnout en el personal de enfermería*. (Tesis de Licenciatura). Recuperada de [http://tesis.ula.ve/postgrado/tde\\_busca/archivo.php?codArchivo=7706](http://tesis.ula.ve/postgrado/tde_busca/archivo.php?codArchivo=7706)
- Feresín, C. (septiembre, 2009). *Nuevas consideraciones sobre Burnout o Síndrome de Quemarse en el trabajo (SQT)*. VI Jornadas Universitarias y III Congreso Latinoamericano de Psicología del Trabajo, Mar del Plata Argentina.
- Frankl, V.E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. 12ª edición. Barcelona: Editorial Herder.

- Gancedo, M. (2008). Historia de la Psicología Positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones. En M.M. Casullo (Eds), *Prácticas en Psicología Positiva* (pp. 11-38). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Gancedo, M. (2009). Reflexiones y experiencias acerca del aprendizaje de la Psicología Positiva y los Enfoques Salugénicos. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 10, 83-102.
- Gil Monte, P.R & Maruccoll, M.A. (octubre, 2008). Prevalencia del “síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout) en pediatras de hospitales generales. *Saúde Pública*, 42 (3). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6278.pdf>
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M., y Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamento Organizacional e Gestão*. 2 (2), 211-220.
- Gil-Monte, P.R & Peiró, J.M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Grau, A.; Suñer, R. y García, M. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Revista Gac Sanit*, 19 (6). Recuperado de [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112005000600007&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0213-91112005000600007&script=sci_arttext)
- Guillén Gestoso, C.; Guil Bozal, R. y Mestre Navas, J. M. Estrés Laboral. En GUILLÉN GESTOSO, C. Y GUIL BOZAL R. *Psicología del Trabajo para Relaciones Laborales*. Ed: Mc Graw Hill, 2000, cáp. 17, pág. 269-292.
- Hernán, M; Morgan, A. & Mena, L.A. (2010). Formación en Salutogenesis y activos para la salud. Serie Monografías EASP, 51. Recuperado de [www.easp.es/?wpdmact=process&did=Mí5ob3RsaW5r](http://www.easp.es/?wpdmact=process&did=Mí5ob3RsaW5r)
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: Ed. Mc Graw Hill.
- Hernández, G.L.; Olmedo, E. e Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 323-336.
- Honkinen, P. L.; Suominen, S.; Rautava, P.; Hakanen, J., y Kalimo, R. (2006). The adult sense of coherence scale is applicable to 12-year-old schoolchildren--an additional tool in health promotion. *Acta Paediatr*, 95, 8, 952-5.

- León, O., y Montero, I. (1993). *Diseño de Investigación: Introducción a la Lógica de la investigación en Psicología y Educación*. Madrid: Ed. McGraw Hill.
- Ley, C. (2009). *Acción Psicosocial a través del movimiento, juego y deporte en contextos de violencia y conflicto: Investigación sobre la adecuación sociocultural de la Terapia a través deporte y evaluación de un programa con mujeres en Guatemala*. (Tesis doctoral Europea). Recuperada de [http://oa.upm.es/1672/1/CLEMENS LEY a.pdf](http://oa.upm.es/1672/1/CLEMENS_LEY_a.pdf)
- Linley, A.; Joseph, S.; Harrington, S. & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16.
- Mariñelarena Dondena, L. (2012). Recepción de la Psicología Positiva en la Universidad de Buenos Aires (1998-2008). *Psicología y Salud*, 4 (2). Recuperado de <http://www.psiencia.org/index.php/psiencia/article/view/92>
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Moreno Jiménez, B. & Baez Leon, C. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Recuperado de <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>
- Moreno Jiménez, B.; Alonso, M. y Álvarez, E. (1997). Sentido de coherencia, personalidad resistente, autoestima y salud. *Psicología de la salud*, 9 (2), 185–207.
- Moreno Jiménez, B.; González Gutiérrez, J. L. y Garrosa Hernández, E. (abril, 1999). Burnout docente, sentido de coherencia y salud percibida. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4 (3), 163–180
- Moreno Jiménez, B; Meda Lara, M.R; Rodríguez Muñoz, A; Palomera Chavez,A & Morales Loo, M.M. (enero, 2006). El síndrome de Burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: Prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud*, 001 (16). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29116101.pdf>
- Moriana Elvira, J. A. (2002). *Estudio epidemiológico de la salud mental del profesorado*. (Tesis doctoral). Recuperada de <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/266/13208305.pdf?sequence=1>

- Ortega Ruiz, C. & López Ríos, F. (julio, 2003). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 4 (1). Recuperado de [http://www.aepc.es/ijchp/articulos\\_pdf/ijchp-100.pdf](http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf)
- Ospina Rodriguez, M.C (2012). *Estrés laboral y Burnout en profesionales de la salud*. (Tesis de grado en Psicología). Recuperada de <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/handle/10818/2299>
- Palacios Espinosa, X. & Restrepo Espinosa, M. (diciembre, 2008). Aspectos conceptuales e históricos del sentido de coherencia propuesto por Antonovsky: ¿Una alternativa para abordar el tema de la salud mental?. *Informes Psicológicos*, 10 (11), 275-300. Recuperado de [http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2\\_UPB\\_MEDELLIN/PGV2\\_M030\\_PREGRADOS/PGV2\\_M030040020\\_PSICOLOGIA/PGV2\\_M030040020110\\_REVISTA/PGV2\\_M030040020110050\\_REVISTA11/PAGES%20FROM%20INFORMES PSICOLOGICOS11%20ART%20NO%2010.PDF](http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030040020_PSICOLOGIA/PGV2_M030040020110_REVISTA/PGV2_M030040020110050_REVISTA11/PAGES%20FROM%20INFORMES PSICOLOGICOS11%20ART%20NO%2010.PDF)
- Pereda Torales, L.; Márquez Celeonio, G.; Hoyos Vásquez, M. y Yañez, I. (septiembre, 2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Red de revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 32 (5), 399-404.
- Pérez Ramírez y M. Zurita Zurita, R. (2010). Variables organizacionales y psicosociales asociadas al síndrome de burnout en trabajadores del ámbito educacional. *Revista Latinoamericana Polis*, 25. Recuperado de <http://polis.revues.org/677>
- Quiceno, J.M & Vinaccia Alpi, S (agosto, 2007). Burnout: “Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)”. *Acta Colombiana de Psicología*. 10 (2). Recuperado de <https://docs.google.com/document/d/15G-HpAPnEzxx3UyrSmTxYyYMcXQvO6MQxY0lt9ek8KM/edit>
- Ramos, F. & Buendía, J. (2001). El síndrome de Burnout: Concepto, Evaluación y tratamiento. En Buendía (Coord.), Empleo, estrés y salud (pp. 33-53). Madrid: Ed. Pirámide.



- Ramos, F. y Buendía, J. El Síndrome de Burnout: concepto, evaluación y tratamiento. EN RAMOS, F. Y BUENDÍA, J. *Empleo, estrés y salud*. Ed: Pirámide, 1999, Cáp. 2, pág. 33-49.
- Redondo, A. (octubre, 2008). Psicopatología laboral: Burnout. XII Congreso Nacional de Psicodiagnóstico. XIX Jornadas Nacionales de ADEIP, La Plata.
- Restrepo, E. H. & Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable* [versión electrónica]. Recuperado de <file:///C:/Users/Micaela/Downloads/Promoci%C3%B3n%20de%20la%20salud%20c%C3%B3mo%20construir%20vida%20saludable.pdf>
- Rivera de los Santos, F.; Ramos Valverde, P.; Moreno Rodriguez, C. y García, H. (abril, 2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Revista española de Salud Pública*, 85 (2). Recuperado de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272011000200002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272011000200002&script=sci_arttext)
- Robbins, S. Cambio Organizacional y Manejo de la Tensión. EN ROBBINS, S. *Comportamiento Organizacional*. Ed: Prentice Hall, 1999, cáp. 17, pág. 652-663.
- Rodríguez, A.; Ardid, C. y García, J. M. En RODRIGUEZ FERNANDEZ, A. *Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*. Ed: Pirámide, 2001, Cáp. 5, pág. 95.
- Ruiz Ortega, C. & López Ríos, F. (enero, 2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (1), 137-160.
- Seisdedos, N. (1997). *Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA.
- Seligman, M (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. En *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. (2005). *La auténtica felicidad*. Buenos Aires: Ediciones Byblos
- Serrano Pereira, M.G & Flores Galaz, M.M (septiembre, 2005). Estrés, respuestas de afrontamiento e ideación suicida. *Psicología y Salud*. 15 (2). Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/806/1461>
- Vinaccia, S. & Alvarán, L. (2004). El síndrome Burnout en auxiliares de enfermería. *Terapia Psicológica*, 22, 9-16.

# **Anexo**

## **ANEXO A**

### **A.1. CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN**

**INVESTIGACIÓN:** “Sentido de coherencia como variable mediadora ante el Síndrome del Burnout. Una mirada desde el modelo salutogénico.” Evaluación y análisis cuantitativo del nivel de afectación del síndrome del burnout y del nivel del constructo Sentido de coherencia en profesionales de la salud mental.

*Director de Tesina:* Lic. Marcelo, Ahumada.

*Autora:* Micaela, López D’Ambola.

La presente investigación consiste en la aplicación de pruebas objetivas (Cuestionario Maslach Burnout Inventory –MBI- y Escala Sentido de Coherencia -SOC-) que tienen como finalidad verificar empíricamente que el constructo salutogénico “Sentido de coherencia” funciona como protector frente al impacto subjetivo de los eventos estresantes vivenciados en el ámbito sanitario.

La información que brindan estas técnicas será de utilidad tanto para Ud. como para enriquecer la aplicación y alcance de la Escala Sentido de Coherencia. Al finalizar la administración Ud. recibirá devolución de la información obtenida si así lo desea.

Los datos de esta investigación son confidenciales y anónimos. Su participación es totalmente voluntaria y le está permitido retirarse en cualquier momento sin sufrir ningún tipo de sanción.

### **MARQUE CON UNA CRUZ SU CONFORMIDAD DE PARTICIPACIÓN**

----- Sí participo

----- No participo

Nombre y firma del entrevistado:

.....

.....

## A.2. MBI INVENTARIO

A continuación se le proponen 22 frases relacionadas con los sentimientos que Vd. experimenta en su trabajo. Lea cada frase y responda marcando con una cruz la frecuencia con que ha tenido ese sentimiento.

	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Unas pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	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 me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de 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 con mi trabajo en la 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 le 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 cosas útiles en mi profesión							
20. Me siento acabado							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con							

Por favor, Complete los siguientes datos personales:

Sexo:

Edad:

Estado civil:

Turno de trabajo y cantidad de horas:

Otros trabajos, cuáles:

Antigüedad:

**A.3.**

<b>CUESTIONARIO S.O.C.</b>						
<b>Adaptación realizada por M.M. Casullo de la escala de A. Antonovsky, 1995. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires</b>						
Este cuestionario incluye una serie de preguntas relacionadas con distintos aspectos de la vida. Cada una tiene siete respuestas posibles. Marque su respuesta circulando el número que mejor exprese lo que usted siente o piensa. Por favor, indique una sola respuesta para cada pregunta. Muchas Gracias.						
1. Cuando habla con la gente, ¿suele sentir que no lo entienden?						
1	2	3	4	5	6	7
<b>Nunca</b>			<b>Siempre</b>			
2. Cuando tuvo que hacer algo para lo que necesitaba la cooperación de otras personas, pensó que:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>no iba a lograrlo</b>			<b>seguro que podía lograrlo</b>			
3. Piense en personas con las que se contacta diariamente, dejando de lado sus vínculos afectivos muy cercanos, ¿cuán bien cree conocerlas?						
1	2	3	4	5	6	7
<b>son casi extrañas</b>			<b>las conozco Bien</b>			
4. ¿Suele sentir que le importa poco lo que sucede a su alrededor?						
1	2	3	4	5	6	7
<b>casi nunca</b>			<b>casi siempre</b>			
5. ¿Le ha pasado de sorprenderse por el comportamiento de personas a quienes creía conocer muy bien?						
1	2	3	4	5	6	7
<b>Nunca</b>			<b>Siempre</b>			
6. Se ha sentido defraudado/a por personas en las que había depositado su confianza?						
1	2	3	4	5	6	7
<b>nunca me pasó</b>			<b>a menudo</b>			
7. Para usted, la vida es:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>muy entretenida</b>			<b>una rutina</b>			

8. Hasta ahora, en su vida personal, ha tenido:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>metas poco claras</b>				<b>metas muy Precisas</b>		

9. ¿Cree que ha sido tratado/a injustamente?						
1	2	3	4	5	6	7
<b>a menudo</b>				<b>casi nunca</b>		

10. En los últimos diez años de su vida:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>hubo muchos cambios</b>				<b>hubo Permanencia</b>		

11. Las cosas en el futuro probablemente sean:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>Fascinantes</b>				<b>Aburridas</b>		

12. ¿Suele sentirse algo extraño, sin saber qué hacer?						
1	2	3	4	5	6	7
<b>a menudo</b>				<b>casi nunca</b>		

13. Frente a situaciones dolorosas, difíciles, usted siente que:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>siempre hay solución</b>				<b>no existe Remedio</b>		

14. Cuando se pone a pensar en la forma en la que vive, tiende a considerar que:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>vale la pena</b>				<b>tiene poco Sentido</b>		

15. Cuando hay que enfrentar un problema, pensar en la solución le resulta:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>confuso, difícil</b>				<b>muy fácil</b>		

16. Hacer las actividades cotidianas es para usted:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>muy placentero</b>				<b>cansador, Aburrido</b>		

17. Su vida futura probablemente sea:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>Cambiante</b>				<b>Rutinaria</b>		

18. Cuando le ha pasado algo muy desagradable, su reacción ante ello fue pensar que:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>"no va más"</b>				<b>"la vida es así"</b>		

19. ¿Suele sentir que se le mezclan los sentimientos y las ideas?						
1	2	3	4	5	6	7
<b>a menudo</b>				<b>casi nunca</b>		

20. Cuando realiza algo que lo hace sentir bien, suele pensar que:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>todo va a andar bien</b>				<b>algo lo Arruinará</b>		

21. ¿Suele tener sentimientos dentro suyo que no quisiera sentir?						
1	2	3	4	5	6	7
<b>a menudo</b>				<b>casi nunca</b>		

22. Le parece que su vida en el futuro va a ser:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>carente de sentido</b>				<b>Significativa</b>		

23. ¿Cree que siempre va a contar con personas en quien poder confiar?						
1	2	3	4	5	6	7
<b>estoy seguro</b>				<b>lo dudo</b>		

24. ¿Le ha sucedido sentir que no sabe realmente qué va a pasar?						
1	2	3	4	5	6	7
<b>a menudo</b>				<b>casi nunca</b>		

25. Muchas personas, aún las que tienen un carácter fuerte, se sienten verdaderos perdedores ante determinadas situaciones. ¿Le ha ocurrido esto a usted?						
1	2	3	4	5	6	7
<b>Nunca</b>				<b>a menudo</b>		

26. Cuando ocurre algo importante, generalmente Ud. siente que:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>lo exagera o lo minimiza</b>				<b>lo evaluará Acertadamente</b>		

27. Al pensar en dificultades importantes que podrá encarar, en general siente que:						
1	2	3	4	5	6	7
<b>podrá superarlas</b>				<b>le va a costar Mucho</b>		

28. ¿Con qué frecuencia siente que las cosas que hace son poco importantes?						
1	2	3	4	5	6	7
<b>a menudo</b>					<b>casi nunca</b>	

29. ¿Con qué frecuencia se siente poco seguro/a de poder controlar lo que le pasa?						
1	2	3	4	5	6	7
<b>a menudo</b>					<b>casi nunca</b>	

<b>Apellido y Nombre:</b> _____ <b>Fecha de hoy:</b> _____ <b>Fecha de nacimiento:</b> _____ <b>Edad:</b> _____ <b>Sexo:</b> _____ <b>Ocupación:</b> _____ <b>Lugar de residencia:</b> _____ <b>¿Cuántos años hace que vive en este lugar?:</b> _____ <b>Lugar de nacimiento:</b> _____ <b>¿Cuántos años ha vivido en el lugar de nacimiento?:</b> _____ <b>Estado Civil:</b> _____
--



## ANEXO B

Tabla B1. Respuestas Cuestionario MBI

MBI	Respuestas																						
	Sujetos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	1	4	1	6	0	0	6	2	6	0	0	6	1	6	0	0	6	6	6	6	1	2	2
2	0	2	1	3	6	0	6	1	3	0	1	6	1	1	0	0	3	6	3	1	1	0	
3	2	1	2	6	1	0	6	1	6	1	1	6	2	2	0	1	6	6	6	1	6	1	
4	1	1	1	6	1	0	4	1	6	1	0	0	1	1	0	0	5	3	0	0	3	0	
5	1	5	4	6	0	4	6	5	6	5	3	5	4	6	5	4	5	5	5	4	1	1	
6	2	6	6	6	0	4	4	2	4	4	0	5	2	4	5	4	6	3	5	2	3	2	
7	1	2	1	6	0	0	3	1	6	1	1	6	1	0	0	0	3	3	5	3	6	0	
8	0	3	0	6	0	3	3	2	5	0	1	6	2	1	0	2	5	6	6	0	2	0	
9	1	3	2	6	0	4	5	4	4	3	2	5	1	2	1	1	5	6	6	1	5	2	
10	1	2	0	3	0	0	5	2	3	0	0	5	1	1	0	0	5	5	5	0	3	0	
11	1	4	0	6	0	0	6	0	6	0	0	6	0	4	0	0	6	3	3	3	3	3	
12	1	5	2	6	0	0	4	5	5	1	3	3	1	0	0	0	6	6	4	1	5	1	
13	1	3	2	6	0	0	6	1	6	0	1	6	1	1	0	1	6	6	3	1	6	0	
14	0	0	2	6	0	6	6	1	6	1	1	6	0	0	0	0	3	6	6	0	6	0	
15	0	5	0	6	0	0	6	0	6	1	1	6	0	0	0	0	6	6	6	0	6	0	
16	4	6	6	6	0	5	6	4	6	0	0	5	6	3	0	1	2	4	2	4	2	4	
17	1	1	1	6	0	3	5	1	3	0	0	6	1	1	0	1	5	5	5	1	2	1	
18	0	0	1	6	0	6	6	1	6	0	0	6	0	0	0	0	6	6	6	0	3	0	
19	0	0	0	6	0	1	6	0	6	0	0	6	0	0	0	1	6	6	6	0	6	0	
20	1	1	0	6	0	0	6	0	6	0	6	5	0	0	5	4	6	6	2	0	0	0	
21	1	3	3	5	0	0	5	3	6	1	0	3	2	0	0	0	5	5	5	2	1	2	
22	1	2	0	6	0	1	6	0	6	3	1	6	1	0	0	0	6	6	6	0	6	0	
23	3	4	0	6	0	4	6	2	6	0	0	6	2	4	0	4	6	6	6	2	6	0	
24	0	5	1	6	0	1	6	0	0	6	1	6	1	1	1	1	6	6	3	1	6	0	
25	2	3	4	6	0	6	4	4	6	1	0	6	1	6	0	3	4	6	6	2	0	1	
26	1	2	1	6	0	1	3	1	3	0	0	6	1	1	0	0	6	6	6	1	6	0	
27	2	4	4	6	0	3	6	6	6	2	3	4	3	5	1	3	4	5	3	4	4	4	
28	0	1	2	6	2	2	6	3	6	2	2	6	2	1	2	1	3	2	1	0	3	2	
29	1	1	1	6	2	1	6	1	6	2	2	6	1	1	0	1	4	2	1	1	3	2	
30	2	3	1	5	0	1	6	0	6	1	0	6	0	0	1	0	6	2	3	0	5	1	
31	4	2	3	6	1	1	6	1	6	1	0	6	0	1	0	1	6	6	6	0	3	0	

**Tabla B2. Puntuaciones directas de las dimensiones del MBI: CE, DP y RP y su clasificación por categorías Alto/Medio/Bajo según Puntos de Corte de Maslach y Jackson.**

MBI						
Sujetos	Ptje. CE	Categoría CE	Ptje. DP	Categoría DP	Ptje. RP	Categoría RP
1	37	alto	14	alto	39	Alto
2	32	alto	11	medio	36	Medio
3	39	alto	4	bajo	33	Medio
4	31	alto	2	bajo	38	Medio
5	34	alto	10	medio	38	Medio
6	16	bajo	2	bajo	38	Medio
7	7	bajo	7	medio	31	Bajo
8	12	bajo	4	bajo	48	Alto
9	6	bajo	2	bajo	27	Bajo
10	9	bajo	2	bajo	38	Medio
11	13	bajo	1	bajo	39	Alto
12	7	bajo	0	bajo	34	Medio
13	12	bajo	3	bajo	39	Alto
14	15	bajo	5	bajo	39	Alto
15	11	bajo	1	bajo	45	Alto
16	9	bajo	2	bajo	45	Alto
17	5	bajo	2	bajo	48	Alto
18	11	bajo	1	bajo	37	Medio
19	8	bajo	0	bajo	45	Alto
20	2	bajo	0	bajo	48	Alto
21	6	bajo	11	medio	37	Medio
22	14	bajo	3	bajo	35	Medio
23	5	bajo	4	bajo	48	Alto
24	11	bajo	8	medio	39	Alto
25	9	bajo	0	bajo	42	Alto
26	12	bajo	10	medio	33	Medio
27	9	bajo	8	medio	34	Medio
28	7	bajo	3	bajo	39	Alto
29	13	bajo	2	bajo	45	Alto
30	19	medio	8	medio	42	Alto
31	25	medio	0	bajo	48	Alto

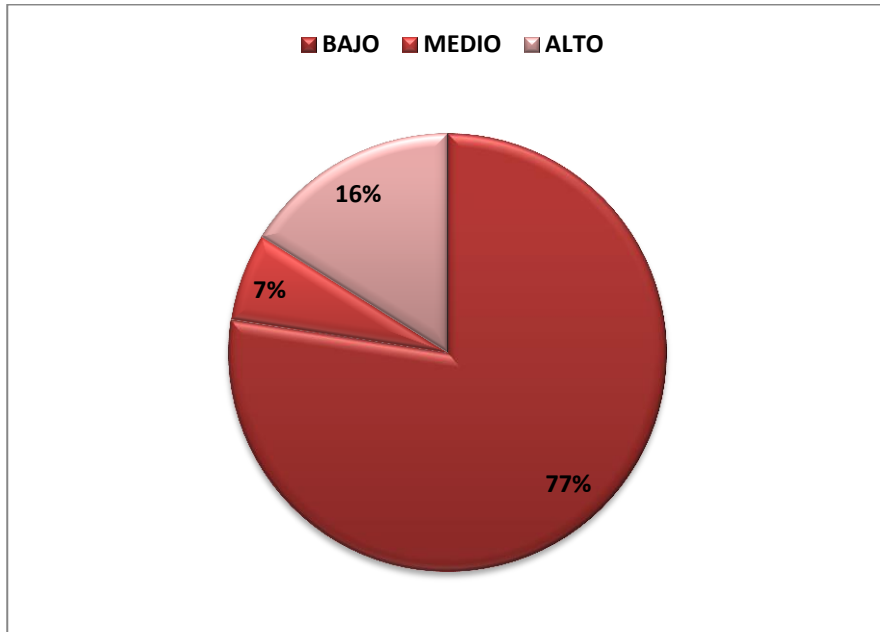
**Tabla B3. Respuestas Escala Sentido Coherencia**

SOC	Respuestas																												
Sujetos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
1	2	7	4	1	6	3	1	7	3	1	1	6	2	1	6	2	2	1	2	1	7	7	1	3	3	3	1	7	6
2	1	6	6	1	2	2	3	7	7	7	2	7	1	1	6	2	4	7	6	1	6	7	1	7	1	7	1	7	7
3	6	5	5	5	5	5	5	6	5	6	3	5	3	3	6	3	2	5	4	2	4	6	2	4	4	5	4	5	5
4	2	7	6	1	2	2	1	6	7	7	2	7	2	1	6	1	1	2	5	1	6	6	1	6	2	6	1	6	5
5	2	7	4	2	4	5	2	5	4	4	3	6	2	1	6	2	2	3	4	1	4	6	1	4	3	5	2	5	4
6	3	5	6	2	2	4	4	6	2	1	2	4	3	2	6	4	2	3	5	3	3	7	2	3	4	5	4	5	5
7	2	4	4	1	6	5	2	5	5	3	3	4	2	2	3	4	5	4	6	2	6	6	1	3	2	4	3	5	4
8	2	4	6	1	6	6	2	6	4	3	2	5	2	1	6	2	3	7	1	2	6	7	1	4	1	6	1	7	6
9	2	6	4	2	2	2	3	6	5	1	2	2	2	1	5	3	2	5	4	2	2	7	2	5	6	3	1	5	4
10	1	6	5	1	3	3	1	7	5	3	2	6	1	1	6	1	1	2	2	1	6	7	1	7	1	6	3	5	6
11	2	6	4	1	3	3	1	7	6	3	5	3	6	3	2	5	3	6	2	5	7	7	5	4	2	6	2	6	5
12	2	6	5	1	3	2	4	6	3	4	5	3	2	1	6	2	4	4	2	2	6	7	2	6	2	6	2	6	6
13	2	7	5	1	2	1	1	5	5	1	2	7	1	1	6	2	2	6	6	1	6	7	1	5	5	7	1	7	6
14	1	6	5	3	4	6	2	7	5	1	1	6	1	1	6	2	3	5	5	1	6	7	1	5	2	6	1	6	6
15	1	7	6	1	4	5	2	7	7	2	2	7	1	1	6	1	5	3	7	1	7	7	1	7	1	6	1	7	7
16	2	5	2	1	2	4	2	6	3	2	2	3	3	2	6	3	1	1	4	1	3	7	2	5	2	7	5	5	6
17	2	7	4	1	4	4	3	7	6	1	3	6	1	1	6	2	3	5	4	2	4	7	1	5	3	6	2	6	6
18	1	5	5	4	5	1	3	7	6	1	2	5	2	1	5	5	2	4	6	1	7	7	1	4	1	7	4	5	6
19	1	7	5	1	3	3	1	6	7	5	2	7	2	1	6	1	1	7	7	1	7	7	1	6	2	7	1	7	6
20	7	5	7	4	3	4	3	5	3	1	2	7	2	1	6	3	3	3	6	2	6	7	2	5	2	3	2	6	6
21	1	7	6	1	4	2	3	7	4	1	3	6	2	2	2	4	2	4	2	2	6	7	1	7	4	5	5	5	4
22	6	5	7	3	3	2	1	6	6	3	1	6	3	1	6	1	3	6	4	2	6	7	1	5	2	6	2	6	2
23	3	6	5	2	3	2	1	7	6	2	2	6	1	1	6	2	2	7	2	2	2	7	1	2	5	6	2	6	6
24	3	6	4	2	4	5	1	6	4	2	2	5	1	2	5	2	4	3	2	2	6	7	1	5	4	5	3	6	4
25	2	5	5	3	3	3	2	6	3	6	3	3	2	2	4	2	2	5	3	2	2	6	2	3	4	5	2	4	4
26	2	6	5	1	4	3	2	6	7	2	2	6	2	2	5	3	4	6	5	2	6	7	1	5	2	4	1	5	7
27	4	4	3	6	4	4	4	5	4	4	4	5	5	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	5	4	3	4	4	4
28	3	5	6	2	2	4	4	6	2	1	2	4	3	2	6	4	2	3	5	3	3	7	2	3	4	5	4	5	5
29	7	5	7	4	3	4	3	5	3	1	2	7	2	1	6	3	3	3	6	2	6	7	2	5	2	3	2	6	6
30	1	6	5	1	3	3	1	7	5	3	2	6	1	1	6	1	1	2	2	1	6	7	1	7	1	6	3	5	6
31	2	7	4	2	4	5	2	5	4	4	3	6	2	1	6	2	2	3	4	1	4	6	1	4	3	5	2	5	4

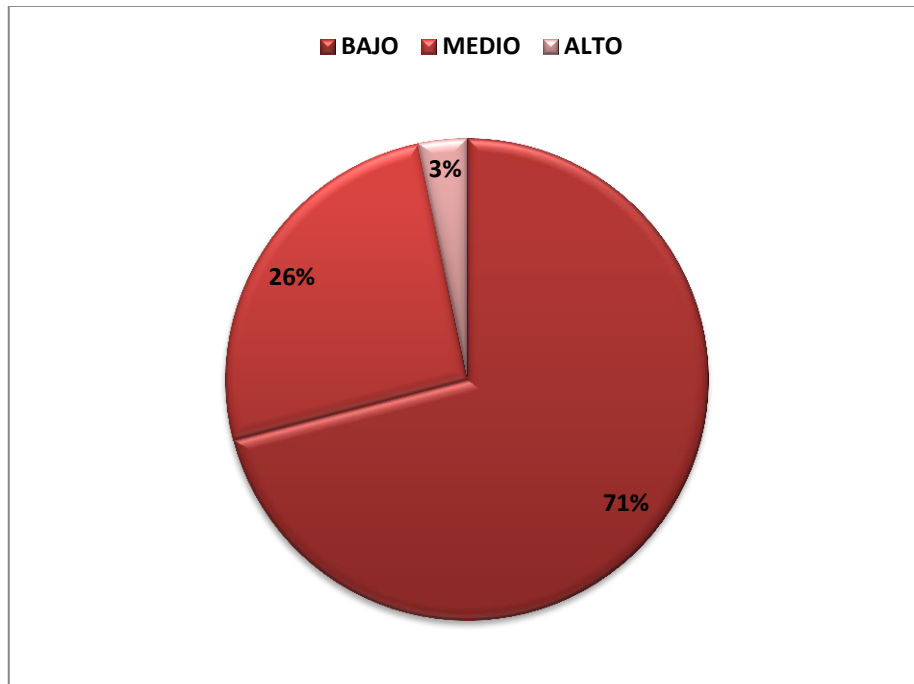
**Tabla B4. Puntuaciones directas de las dimensiones del SOC y su clasificación por categorías Alto/Medio/Bajo**

SOC					
Sujetos	Ptje. C	Ptje. M	Ptje. S	SOC total	Categorías: Alto/Medio/Bajo
1	49	52	40	141	Medio
2	46	43	36	125	Medio
3	45	46	40	131	Medio
4	40	50	40	130	Medio
5	46	47	31	124	Medio
6	42	47	43	132	Medio
7	63	68	40	171	Alto
8	46	48	32	126	Medio
9	57	60	44	161	Alto
10	46	50	38	134	Medio
11	48	56	40	144	Medio
12	54	57	45	156	Alto
13	45	40	33	118	Medio
14	53	57	36	146	Alto
15	57	62	40	159	Alto
16	54	58	41	153	Alto
17	64	64	42	170	Alto
18	49	59	40	148	Alto
19	52	59	36	147	Alto
20	63	65	42	170	Alto
21	50	53	35	138	Medio
22	48	51	39	138	Medio
23	53	55	42	150	Alto
24	47	49	40	136	medio
25	52	61	40	153	Alto
26	50	45	30	125	Medio
27	45	53	40	138	Medio
28	53	64	39	156	Alto
29	48	57	36	141	Medio
30	40	53	39	132	Medio
31	42	56	42	140	Medio

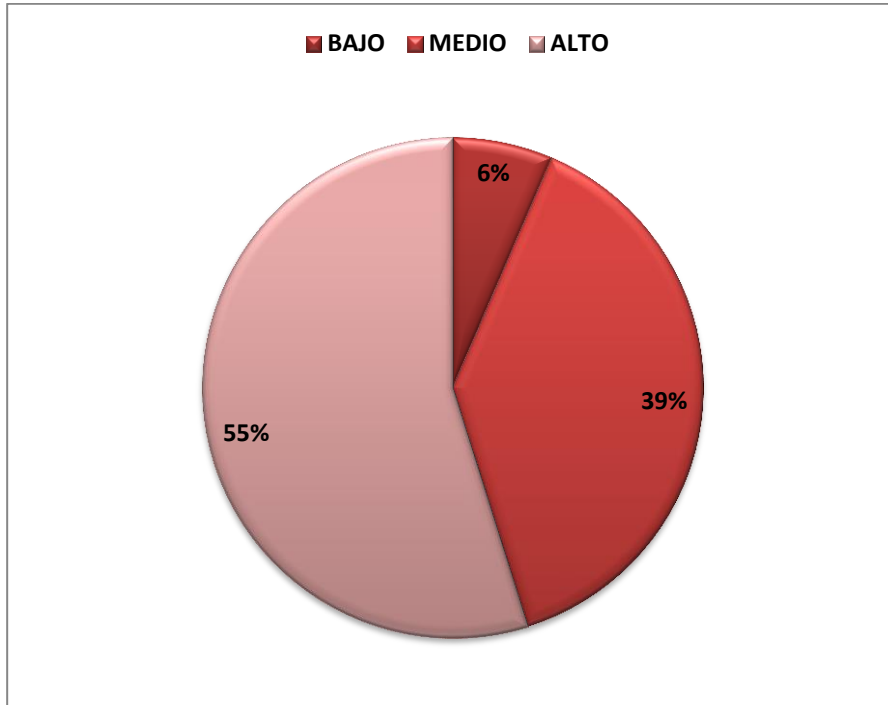
**ANEXO C**



**Gráfico C1. Puntos de corte de la dimensión Cansancio Emocional en**



**Gráfico C2. Puntos de corte de la dimensión Despersonalización en porcentaje. n=31**



**Gráfico C3.** Puntos de corte de la dimensión Realización Personal. n=31