



**Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales**

**Trabajo de Integración Final de Psicología**

**“La relación entre el síndrome de Burnout y las estrategias de  
enfrentamiento utilizadas por los médicos”**

**Martini, Sol Marina      LU: 106596**

**Licenciatura en Psicología**

**Tutora: Lía Fernández    Firma tutor:**

**Fecha de Presentación: 29 de Enero de 2016**

## Resumen:

El objetivo del presente estudio fue corroborar la hipótesis planteada, la cual afirma que existe relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes y los indicadores de síntomas de Burnout. Se propusieron objetivos específicos para analizar las dimensiones del síndrome de Burnout y la relación con las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes. El presente trabajo se realizó mediante un estudio no experimental, ex post facto, de tipo transversal - correlacional, y de naturaleza aplicada. Es un proceso cuantitativo y descriptivo, utilizando fuentes primarias para la recolección de los datos. Se seleccionó una muestra de 60 médicos del Hospital Dr. Julio Méndez de la Ciudad de Buenos Aires. Se les administró un cuestionario sociodemográfico, Inventario de Estrategias de Afrontamiento y el cuestionario Maslach Inventory. Una vez obtenidos los datos se efectuó una descripción de la muestra evaluada con sus características sociodemográficas y se analizó la relación propuesta.

Los resultados obtenidos brindaron la posibilidad de poder corroborar la hipótesis planteada, ya que se halló una relación estadísticamente significativa entre la dimensión de agotamiento y las estrategias de afrontamiento específicamente con: resolución de problemas, pensamiento desiderativo y reestructuración cognitiva. Así mismo no se obtuvieron relaciones en las dimensiones de despersonalización y realización personal con el resto de las estrategias utilizadas por la muestra evaluada.

Palabras claves: Burnout – Estrategias de Afrontamiento - Médicos

## Abstract:

The aim of this study was to corroborate the hypothesis, which states that there is a relationship between coping strategies used by doctors to stressful situations and Burnout symptoms indicators. Specific objectives were proposed to analyze the dimensions of Burnout syndrome and its relationship with coping strategies used by physicians faced with stressful situations. This work was performed by a non-experimental study, ex post facto transversal - correlational, and of applied nature. It is a quantitative and descriptive process, using primary sources for data collection. A sample of 60 physicians Dr. Julio Mendez Hospital of the City of Buenos Aires was selected. They were given a sociodemographic questionnaire, Coping Strategies Inventory and Maslach Inventory.

Once the data obtained a description of the sample assessed their sociodemographic characteristics was performed and analyzed the proposed relationship.

The results gave the possibility to confirm the hypothesis, since a statistically significant relationship between the size of burnout and coping strategies was found specifically: problem solving, wishful thinking and cognitive restructuring. Also no relationships were obtained in the dimensions of depersonalization and personal accomplishment with the rest of the strategies used by the sample which was evaluated.

Keywords: Burnout -- Coping strategies -- Physicians

## Agradecimientos:

Agradezco profundamente en primer lugar a mi hija y a mi marido quienes estuvieron a mi lado en todo momento de la carrera, apoyándome y dándome fuerzas para siempre seguir adelante. A mi hermana Ruth que fue quien confió en mis capacidades y me incentivó para que elija esta carrera tan hermosa. Como a mi querida madre y mis otras dos hermanas quienes me alentaron y estuvieron presentes para facilitarme las cosas. A mi cuñado Maxi, a mis suegros, al resto de la familia y a mis amigas, los cuales me acompañaron deseándome lo mejor y confiando a que llegaría a este momento.

También quiero agradecer a los profesores que me brindaron sus conocimientos, y con los cuales tuve una gran experiencia en esta etapa universitaria. Como también quisiera nombrar a la profesora Lía que fue la tutora de esta tesis, quien fue muy amable, dedicada y comprensiva.

A su vez quisiera brindar mi agradecimiento aquellos médicos que desinteresadamente participaron en el trabajo, el cual no hubiese sido posible sin su colaboración.

## Índice:

### **Contenido**

Introducción .....	6
Marco Teórico.....	8
• Síndrome de Burnout .....	8
• Desarrollo del concepto de estrategias de Afrontamiento.....	10
Estado del Arte .....	13
Metodología de Obtención de la Información y Procesamiento de datos .....	16
• Diseño.....	16
• Participantes .....	16
• Instrumentos .....	16
• Procedimiento .....	18
• Cronograma de Actividades .....	19
Análisis de datos .....	20
Resultados .....	37
Discusión .....	40
Conclusión.....	44
Referencias Bibliográficas .....	46
Anexos .....	49
• Consentimiento informado .....	50
• Cuestionario sociodemográfico.....	51
• Cuestionario Maslach Inventory.....	52
• Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento.....	54

## Introducción

El presente trabajo surge a partir del cuestionamiento de cómo se relacionan las estrategias de afrontamiento utilizadas por médicos del Hospital Dr. Julio Méndez con los indicadores del síndrome de Burnout en éstos. Ambos se consideran fenómenos actuales, que afectan a los trabajadores médicos en su vida laboral, personal y también a su entorno.

Según refieren Zazzetti, Carricaburu, Ceballos y Miloc (2011), la cantidad de estudios empíricos desplegados en la temática del Burnout ha aumentado de manera evidente, incrementando el conocimiento teórico de su evolución, tanto a nivel general como en poblaciones vulnerables al mismo.

Durante los últimos 20 años según refiere Linzer y cols (2001), muchos factores de la práctica de los profesionales médicos se han ido modificando, tales como la disminución de su autonomía, su posición social se ha reducido y las presiones en su labor se han incrementado. Debido a estos apresurados cambios, ha aumentado el interés por la evaluación de las percepciones y el actuar de los médicos en su práctica laboral. (Linzer y cols., 2001). En este sentido, es necesario relevar como mencionan Ramírez y cols. (1995) que las fuentes del desgaste profesional o Burnout dentro de las profesiones médicas pueden englobarse dentro de dos amplias clases: la relación y el contacto directo con los pacientes, y el contexto administrativo y organizacional en donde se encuentran inmersos los profesionales médicos.

Como resultado de dichas relaciones algunos autores (Moreno Jiménez y cols., 2005), señalan que las conductas de los médicos pueden tener consecuencias devastadoras, las cuales se encuentran asociadas a la decreciente disminución en la calidad de trabajo, al compromiso laboral, a la satisfacción en relación a su carrera profesional y a manifestaciones negativas en la salud. Spickard, Gabbe y Christensen (2002) mencionan que esto puede conducir a un aumento de la prevalencia del suicidio, divorcios, depresión, al comportamiento disruptivo en el lugar de trabajo y la mala atención hacia los pacientes. Todo debido a ciertas particularidades como son la sobrecarga horaria, las demandas externas y en la forma en que sus expectativas caen directamente sobre los médicos. También la coexistencia con otros profesionales, el enfrentarse con el sufrimiento humano y la muerte de manera constante. Por todo lo mencionado es que los profesionales médicos se encuentran ante situaciones estresantes día a día, lo cual hace que sean

vulnerables al síndrome y tal como lo afirman Valdés y cols. (2010), en la medida que los profesionales se encuentran frente a estas situaciones, utilizan diversas estrategias de afrontamiento que pueden resultar positivas para paliar las demandas o de lo contrario, favorecer la incidencia del síndrome.

El interés de abordar esta temática está relacionado a aportar mayor comprensión y conocimiento de estas dos variables en los profesionales médicos.

### Objetivos

- Objetivo General.

Evaluar la relación entre el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes.

Objetivos específicos.

- Analizar la relación entre la dimensión agotamiento emocional y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes.
- Analizar la relación entre la dimensión despersonalización y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes.
- Analizar la relación entre la dimensión realización personal y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes.

A partir de la observación y análisis de la relación de estas variables tal como se dan en su contexto natural, se espera confirmar la hipótesis planteada: Existe relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes y los indicadores de síntomas de Burnout.

## Marco Teórico

### Síndrome de Burnout

En 1974 Freudenberger psicólogo copartícipe en diversas instituciones humanitarias, descubrió que los sujetos dedicados a la atención hacia otras personas se volvían, luego de alrededor de 3 años de su labor, más insensibles y agresivos. Transitaban de un trato paternal/maternal con los enfermos, a uno alejado y con inclinación a la violencia. Dicho psicólogo optó por la palabra Burnout para describir al sentimiento de frustración y disminución de energía, hasta llegar al agotamiento. También la desmotivación para el trabajo, junto con varios síntomas de ansiedad y depresión al año de trabajar como voluntarios. Según los estudios de Freudenberger (1974) este síndrome sería contagioso, ya que los trabajadores que lo sufren pueden afectar a los pares con su cansancio, desesperación y cinismo, con lo que en un corto plazo la organización, como entidad, puede caer en el desánimo extendido.

Sin embargo, fue con los estudios de Maslach y Jackson (1976) que el síndrome adquirió verdadera trascendencia y fueron quienes refirieron el término de Burnout para describir el reflejo de una difícil relación entre las personas y su trabajo. Según los autores esta relación tiene una dificultad de sincronía sistemática y no por las debilidades individuales o por lugares de trabajo simplemente malos.

Por otro lado Cherniss (1980) es uno de los primeros autores que acentúa la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del síndrome de Burnout y lo refiere como los cambios negativos que le ocurren al sujeto a lo largo del tiempo, como consecuencia de trabajos frustrantes o demandas que exceden sus recursos. Este concepto estaría ligado a un triple proceso experimentado, que este autor, lo describe en primer lugar como un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos individuales, también como la respuesta emocional a corto plazo, que se caracteriza por preocupación, tensión, cansancio y fatiga. Por último incluye también los cambios en actitudes y conductas del sujeto.

Más tarde Maslach y Jackson (1981) realizan una descripción de cada una de las dimensiones que experimenta quien padece el desgaste. La primera dimensión que describen es el agotamiento emocional. Esta se trata de la disminución y detrimento de recursos emocionales del sujeto. Por otro lado, desarrollan una segunda dimensión



denominada despersonalización que consiste en la evolución de conductas y actitudes negativas, de frialdad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. Por último detallan la tercera dimensión a la cual refieren como la falta de realización personal. Esta dimensión, es la propensión a evaluar la propia labor de manera negativa. Los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos planteados, con vivencias de carencia personal y baja autoestima profesional, afectando principalmente a sujetos que trabajan con personas.

Dicho síndrome se caracteriza por un alto agotamiento emocional, alta despersonalización y baja realización personal.

En la actualidad (Zazzetti, Carricaburu, Ceballos, y Miloc, 2011) han continuado la concepción de este constructo y refieren que en el ámbito de la salud, éste tipo de agotamiento se estipula a través de conflictos entre pares, entre pacientes, ausencia de un sostén institucional, trabajo excesivo por ausencia de personal, falta de libertad en la organización, falta de reconocimiento por parte de los enfermos, enfrentamiento con la enfermedad y la muerte. Otros factores que intervienen en este proceso, son los salarios insuficientes, la percepción de injusticia en cuanto a salarios y deberes, discrepancias entre valores personales y pretensiones laborales. Según Gil-Monte y Peiró (1997) todos estos estresores han sido reconocidos en la literatura como antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Identificar las variables antecedentes del síndrome de quemarse presume considerar variables del entorno social, organizacional, interpersonal e individual específicas de esta profesión.

A su vez, Moreno y Oliver (1993 en Ríos & Ruiz 2004) relevan la importancia del afrontamiento e indican que el Burnout sería la consecuencia del empleo de estrategias de afrontamiento de modo incorrecto en el trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a él. Y tal como lo afirman Gil-Monte y Peiró (1997) si el síndrome subsiste a lo largo del tiempo, tendrá consecuencias perjudiciales para el sujeto, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicósomáticas tales como: alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc. y para la organización: el deterioro del rendimiento o de la calidad asistencial o de servicio, ausentismo, rotación no deseada, abandono, etc.

Es por todas estas consecuencias, que padecen muchos profesionales del servicio médico, que en la actualidad según refieren Zazzetti, Carricaburu, Ceballos, y Miloc

(2011) se observa un alto nivel de ausentismo laboral entre estos profesionales, tanto por los padecimientos físicos como psicológicos, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas, automedicación, ingesta de psicofármacos, incremento del consumo de alcohol y otros tóxicos.

### Desarrollo del concepto de Estrategias de Afrontamiento

Desde el modelo de Lazarus y Folkman (1985) la ocurrencia del estrés y otras reacciones emocionales están influidas por el proceso de valoración cognitiva que el sujeto ejerce, primeramente sobre las consecuencias que la situación tiene para el mismo (valoración primaria) y luego, si el resultado de la valoración es amenazante o desafiante, el sujeto realiza una valoración los recursos con que cuenta para evitar o disminuir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria). Según estos autores, la valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento, siendo éste un proceso psicológico que se activa cuando el entorno se manifiesta amenazante.

Lazarus y Folkman (1986) sostienen que las estrategias de afrontamiento son esfuerzos cognitivos y conductuales, en continuo cambio, que se despliegan para manejar las demandas específicas externas y/o internas. Estas demandas pueden ser evaluadas como excesivas o desbordantes de los recursos del individuo. Dichos autores plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en diversos momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sean de utilidad para resolver el problema, todo ello a medida que va variando su relación con el entorno.

Girdano y Everly (1986) refieren que las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o inadaptativas. Las adaptativas disminuyen el estrés y promueven la salud a largo plazo mientras que las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para desgastar la salud del individuo a largo plazo.

Por otro lado según refieren Fernández Abascal (1997) las estrategias de afrontamiento son los procesos delimitados que se emplean en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones que las desencadenan. Las mismas según describen Martínez García, Cano García y Rodríguez Franco (2007) dan cuenta de la forma en que los individuos manejan los estresores del entorno. Estos autores describen las estrategias de afrontamiento:

- Resolución de problemas
- Reestructuración cognitiva
- Apoyo social
- Expresión emocional
- Evitación de problemas
- Pensamiento desiderativo
- Retirada social
- Autocrítica

Aludiendo que los sujetos pueden actuar a modo de resolución de problemas, en donde el individuo le hace frente y se esfuerza por resolver el problema ante la situación estresante. Reestructuración cognitiva, la cual implica estrategias que cambian el significado de la situación estresante. Apoyo social, otra estrategia con la que puede contar el individuo, que indica la búsqueda de sostén emocional. Expresión Emocional vinculada a las emociones que surgen en la situación estresante. Evitación de problemas, implica estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o acciones correspondidos con el acontecimiento estresante. Pensamiento desiderativo, estrategia a fin a habilidades cognitivas que expresan el deseo de que la realidad no fuera estresante, también la retirada Social que realiza un distanciamiento de amigos, familiares, compañeros y personas significativas, correlacionado con el actuar emocional en el proceso estresante. Y por último los autores mencionan la autocrítica en donde el individuo se autoculpabiliza, se responsabiliza, se critica, se incrimina por la situación estresante o su inconveniente manejo.

Estos autores distinguen como las estrategias de afrontamiento adaptativas y activas: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión emocional, y apoyo social. El resto de las estrategias funcionan como desadaptativas y pasivas: retirada social, autocrítica, pensamiento desiderativo y evitación de problemas.

Según Pelechano (1992), uno de los autores que más ha investigado los procesos de afrontamiento, las estrategias se complementan con los estilos de afrontamiento, ya que estos representan formas estables y consistentes de afrontar el estrés, mientras que las estrategias se refieren a acciones más específicas. Estrategias o estilos, no tiene sentido disociar el afrontamiento de la personalidad de quien lo efectúa.

Así mismo las estrategias presentan ventajas con respecto al estilo debido a su modificabilidad y mayor capacidad predictiva, lo que genera mayor atracción a la hora de la perspectiva de la intervención.

Según Castaño y León del Barco (2010), el estudio de las estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés interpersonal es un área de interés fundamental en la salud mental. Una sensible adaptación al medio, en cuanto adecuadas relaciones interpersonales y apoyo social, se considera como un factor básico de salud mental. En este sentido, las estrategias de afrontamiento que dispone la persona y que utiliza de forma habitual, pueden suponer un facilitador, o un obstáculo, para la interacción con los otros y en su estar habitual.

## Estado del Arte

A continuación se detallarán los estudios más relevantes realizados hasta el momento, con el objetivo de explorar si existe relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de Burnout en médicos.

En una investigación realizada por Valdés y cols. (2010), el objetivo fue definir si el uso de las estrategias activas de afrontamiento tiene efectos protectores sobre los factores asociados al síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. Dicha investigación se basó en dos muestras de trabajadores de la salud en la ciudad de México. A través de un procedimiento de investigación, el cual fue voluntario, no probabilístico, por cuotas, autos administrado, anónimo y entregado directamente en sus lugares y horarios de trabajo. La primera muestra se realizó con 354 participantes en un hospital de tercer nivel de atención de acceso público y en el segundo hospital se tomó una muestra de 300 profesionales, siendo este de acceso limitado a empleados del sector privado. En dicha investigación se evaluó la presencia de Burnout utilizando el cuestionario Maslach Burnout Inventory (2008). Se utilizó la escala de afrontamiento (2004) en sus estudios frente a riesgos extremos. Éste es un instrumento útil en la investigación social, psicología de la salud y salud pública, y es recomendado para evaluar el efecto a las reacciones ante desastres, riesgos naturales, efectos postraumáticos como el estrés y percepción de riesgo en condiciones de peligro. Por otro lado a modo de enriquecer los datos se realizó una breve encuesta para obtener datos sociodemográficos de los participantes. Los resultados de esta investigación, arrojaron que la batería de pruebas utilizada en las dos muestras, indica que el empleo de estrategias de afrontamiento activas tiene ciertos efectos protectores ante el síndrome. Aunque no protegen totalmente del cansancio emocional, si resguardan de la despersonalización, de la disminución de realización personal y globalmente del desarrollo del Burnout. A diferencia del efecto del empleo de las estrategias de afrontamiento pasivas en el personal sanitario que induce la evolución del síndrome, por lo que puede ser considerado como un agente de riesgo.

Por otro lado Doolittle, Windish y Seelig (2013) realizaron un estudio cuyo objetivo fue poder investigar las relaciones complejas entre el síndrome de Burnout, los comportamientos y la adaptación a través de estrategias de afrontamiento en los médicos de medicina interna y pediatría dentro de su ámbito laboral. Para esta investigación, se tomó una muestra de 173 profesionales entre medicina interna y pediatría de la

universidad de medicina Yale de Connecticut en Estados Unidos, presentes en una conferencia. Para lo cual se administraron, de manera anónima y voluntaria, el instrumento Maslach Burnout y el inventario de Estrategias de afrontamiento (1989). Una vez administrados los test mencionados fueron entregados a un miembro del personal a cargo en un sobre no marcado y un tercero, no asociado con el estudio, ingresó todos los datos en una hoja de cálculos de Excel para su análisis. Este protocolo de estudio fue aprobado por el cuerpo de investigación médica de dicha facultad. Finalmente los resultados más relevantes de dicha administración fueron que la edad promedio de los encuestados fue de treinta años, cincuenta y cuatro eran hombres, treinta y nueve eran casados, y diecisiete tuvieron hijos. Las cuales, según este estudio, son variables que no afectan a favor del síndrome. Conjuntamente con esto, treinta y un residentes presentaron indicadores de Burnout, la prevalencia de alto agotamiento emocional y alta despersonalización fueron las más destacadas con un valor entre 86 y 89% y baja realización personal se obtuvieron valores de un 8 %. Como así también se llegó a la conclusión que aquellos profesionales que emplean las estrategias de aceptación, afrontamiento activo y replanteamiento positivo indicaban un menor agotamiento emocional y menor despersonalización. De manera inversa los profesionales que emplean estrategias pasivas de afrontamiento como ser el sentimiento de culpa, la negación y la desconexión obtuvieron puntajes que indicaban un mayor nivel de agotamiento emocional. Según relatan los autores de la presente investigación estas pueden ser las respuestas de tratar de manera constante e íntimamente con el sufrimiento del paciente y las exigencias del entorno.

Por otra parte Galván y cols. (2014), realizaron una investigación en la cual su objetivo fue poder medir el grado de Burnout en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos de la Argentina, examinando las distintas situaciones que experimentan dichos participantes y si estas aumentan la posibilidad de desarrollar Burnout. Una vez identificados los sujetos de dicha especialidad se realizó una encuesta de autoadministración que incluía tres secciones: compromiso de confidencialidad, listado de preguntas para recolectar las variables del estudio (sexo, edad, estado civil, hijos, lugar de residencia) y el cuestionario de Burnout (Maslach Burnout Inventory). Primeramente se realizó una prueba piloto con 20 médicos terapeutas pediátricos con quienes se evaluó la comprensión y confiabilidad del proceso. Luego se procedió a administrar las entrevistas, las cuales fueron respondidas por 162 especialistas. Los resultados más distinguidos de

esta investigación fueron que el 41% de los entrevistados resultaron tener altos índices de padecer Burnout, siendo la dimensión más elevada de agotamiento, en la mayoría de los casos, la realización personal. Esto se relaciona con las situaciones de carga horaria de trabajo, la baja remuneración, escases de especialistas y la baja expectativa de continuar en la especialidad entre otras.

Nowakowska-Domagala, Jablkowska-Gorecka, Kostrzanowska-Jarmakowska, Morton, y Stecz (2015), realizaron una investigación que tuvo por objetivo medir los niveles de Burnout en los profesionales médicos y definir la relación entre las conductas de afrontamiento frente a los síntomas de Burnout en los profesionales de fisioterapia. Para lograr dicho objetivo se seleccionó una muestra de 117 fisioterapeutas profesionalmente activos, los cuales eran 90 mujeres y 27 hombres, con edades comprendidas entre 21 y 55 años. La mayoría de estos tenía una antigüedad aproximada de cinco años de profesión y trabajaban más de 20 horas semanales. También se tuvo en cuenta que los candidatos no presenten prolongadas ausencias recientes o estar de vacaciones hace más de 14 días, o estar involucrado con cualquier otro trabajo a tiempo parcial en los servicios de salud. Una vez obtenida dicha muestra se administraron, el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), el Inventario de situaciones estresantes (CISS), y un cuestionario sociodemográfico. Los resultados más relevantes de esta evaluación, fueron que el nivel de Burnout en los fisioterapeutas es significativo y no difirió significativamente de otras profesiones de la salud. Estos resultados se deben a las demandas de alto empleo, estresores laborales y las expectativas de los pacientes y el personal. Otro importante hallazgo en este estudio es que los resultados del ANOVA no pudieron confirmar la relación de los efectos interactivos de estilos de afrontamiento y el Burnout en los fisioterapeutas estudiados. Estos resultados sugieren que el Burnout es un fenómeno más complejo, depende también de otros factores, y por lo tanto no puede ser simplemente correlacionado con los estilos de afrontamiento. Pero a su vez confirma que la provisión de los fisioterapeutas con estrategias de afrontamiento es importante en su desarrollo profesional, que ha sido confirmado por otros estudios y pueden apoyar a estrategias preventivas existentes.

## Metodología de obtención y procesamiento de la información:

- **Diseño:**

El presente trabajo se realizó mediante un estudio no experimental, ex post facto, de tipo transversal- correlacional, y de naturaleza aplicada. Es un proceso cuantitativo y descriptivo, utilizando fuentes primarias para la recolección de los datos.

- **Participantes:**

Para el estudio planteado se seleccionó una muestra de la población de médicos del Hospital Municipal Dr. Julio Méndez de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se utilizó un muestreo no probabilístico, por conveniencia, de 60 médicos, valorando como criterios de inclusión que sean profesionales médicos que trabajen dentro del hospital y que tengan una antigüedad mínima de un año en dicha institución. Los criterios de exclusión fueron: médicos que ejerzan su labor en ambulancias, trabajen a domicilio o cualquier tarea fuera de la institución así como también que tuvieran menos de un año en dicha institución.

- **Instrumentos**

1. Cuestionario socio demográfico

Para la recolección de datos sociodemográficos de los participantes, se elaboró un breve cuestionario con el fin de obtener la siguiente información: edad, sexo, estado civil, hijos, especialidad, años de profesión, años de antigüedad en la institución, cantidad de guardias semanales y si trabaja dentro de la institución (ver anexo página 49).

2. Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CRI)

La adaptación española del inventario de Estrategias de Afrontamiento según Martínez, Cano y Rodríguez Franco (2007), se basa en el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento de Tobin y otros (1989) el mismo se realiza de manera autoadministrada y consta de dos partes, la primera recoge información cualitativa, donde el sujeto que se administra el cuestionario describe una situación estresante y la segunda recoge información cuantitativa respondiendo la utilización de determinadas estrategias de afrontamiento y el grado de eficacia percibida en el



afrontamiento, según una escala Likert. El mismo se puede obtener en un tiempo corto de 10 minutos aproximadamente, tanto en sus narraciones como puntuaciones. La administración de este test se basa en recorrer ocho dimensiones de estrategias implementadas por el sujeto en una situación estresante, dichas subescalas son autocrítica, resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión emocional, apoyo social, pensamiento desiderativo, retirada social y evitación de problemas.

Martínez, Cano García y Rodríguez Franco (2007), en la adaptación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento al español, realizaron una investigación, a través de diversas etapas en donde se aplicaron análisis factoriales en cada una de estas y redujeron la cantidad de ítems del cuestionario original de Tobin, Holroyd, Renolds y Kigal (1989), lo que demostró resultados con muy altas propiedades psicométricas sobrepasando incluso las del cuestionario original (72 ítems), que explicaban un 47 % de la varianza, mientras que la adaptación realizada por Martínez, Cano García y Rodríguez Franco (2007), resultó que con solo 40 ítems de los ocho factores que describen las estrategias de afrontamiento, explicaban un 61% de la varianza y coeficientes de confiabilidad interna entre 0,63 y 0,89. Los dos factores que presentaron valores menos elevados (pero adecuados) de 0,63 y 0,65 son de evitación de problemas y retirada social. Los seis factores restantes entre 0,78 y 0,89 son de fiabilidad de la escala (ver anexo página 52 cuestionario de Estrategias de Afrontamiento adaptado).

### 3. Cuestionario Maslach Inventory

El presente cuestionario es el instrumento más utilizado en todo el mundo, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. Su función es medir el desgaste profesional. El cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome en tres subescalas, como la subescala de agotamiento emocional, que consta de 9 preguntas y valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Por otro lado la subescala de despersonalización, la cual está formada por 5 ítems y valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Por último incluye la subescala de realización personal, que se compone de 8 ítems, la cual evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Se ha realizado una adaptación al español del cuestionario, de acuerdo al

procedimiento traducción-retraducción. Brislin (1970) del manual de Maslach (1986). Aplicando el cuestionario a profesionales de servicios asistenciales, este accedió a demostrar que el MBI es una herramienta confiable y factorialmente válida para medir los tres factores específicos del síndrome de Burnout propuestos por Maslach, Jackson y Leiter (1996). El análisis factorial exploratorio corroboró la estructura trifactorial empleada para el MBI y las tres subescalas del mismo presentaron aceptables niveles de consistencia interna. Es decir la confiabilidad de las subescalas agotamiento emocional, despersonalización y realización personal fueron 0.82, 0.80 y 0.85. Es relevante que los valores de Alfa de Cronbach alcanzados para las subescalas despersonalización y realización personal fueron más altos que los destinados para las mismas subescalas en el Manual del MBI (0,90 para agotamiento emocional; 0.79 para despersonalización y 0,71 para realización personal). Así mismo el análisis trifactorial arrojó una varianza total del 67,38%. El primer factor declaró el 46.34% de la varianza e incluyó los 9 ítems de la subescala agotamiento emocional. El segundo factor reveló el 9.85% de la varianza e incluyó los 8 ítems que componen la subescala realización personal. El tercero, explicó el 6.29% de la varianza e incluyó los 5 ítems que constituyen a la subescala despersonalización. (Ver anexo página 50 cuestionario MBI)

En este estudio, para el establecimiento de los niveles de Burnout se utilizaron las puntuaciones de corte establecidos en la clasificación en muestras originales españolas.

TABLA 1: Puntuaciones de corte

	Bajo	Medio	Alto
Cansancio emocional	<19	19 – 26	>26
Despersonalización	<6	6 - 9	>9
Realización personal	<33	34- 39	>39

- Procedimiento:

Una vez obtenido el consentimiento informado se administró a los participantes la batería de test: el cuestionario sociodemográfico, el cuestionario Maslach Inventory y test de Estrategias de Afrontamiento. Una vez recogidos los datos se tabularon y analizaron con el programa estadístico SPSS Versión 20, para Windows.

Para el procesamiento y análisis de los datos se calcularon en primer lugar las distribuciones de frecuencias y los estadísticos descriptivos para las variables sociodemográficas y para las variables de investigación.

Luego se realizaron pruebas T de Student y ANOVAS de un factor, en variables que se distribuyen según ley Normal, y la Prueba de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis en variables no paramétricas. Con el fin de comparar las diferencias entre las puntuaciones de las variables de investigación de acuerdo a las diferentes dimensiones incluidas en los objetivos del presente trabajo.

Se realizaron pruebas post hoc para estudiar los contrastes específicos entre las medias y por último se calcularon los coeficientes de correlación r de Pearson entre las variables de investigación (paramétricas) y la Rho de Spearman (para variables no paramétricas).

- Cronograma de Actividades:

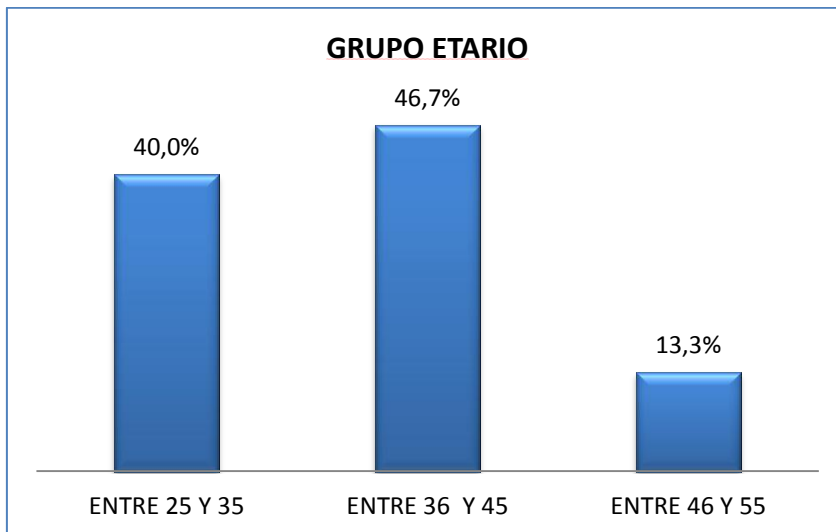
ACTIVIDADES	1º Semana	2º Semana	3º Semana	4º Semana	5º Semana	6º Semana	7º Semana	8º Semana	9º Semana	10º Semana
Preparación Instrumentos	X									
Selección de la muestra		X								
consentimientos			X							
Recolección de datos				X						
Interpretación y análisis de resultados						X				
Discusión									X	
Redacción final										X

## Análisis de datos:

- Características sociodemográficas de la muestra

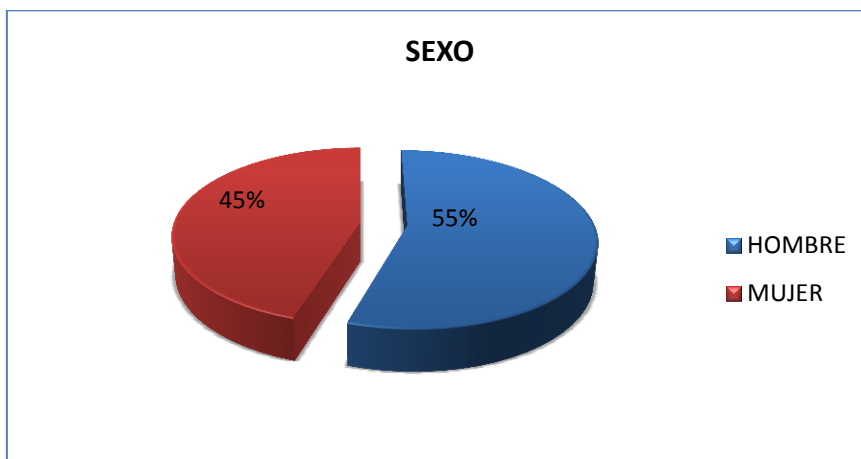
Se encuestaron 60 médicos para conocer la relación entre el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos en situaciones estresantes.

Gráfico 1. Distribución según Rango etario.



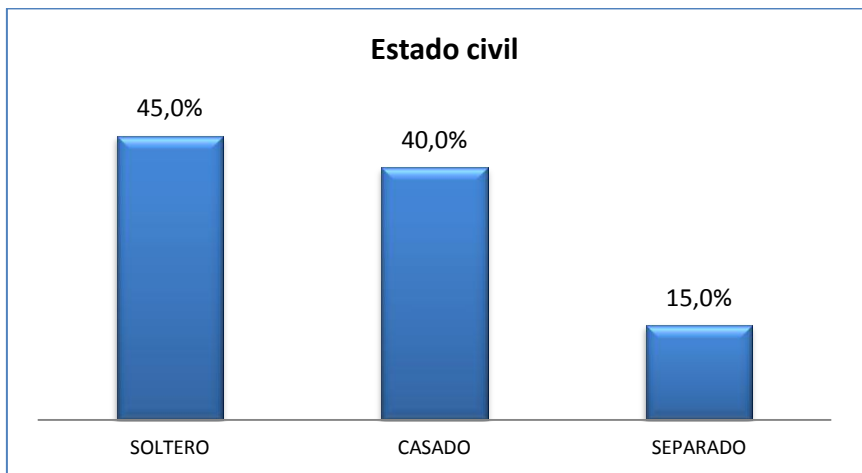
La edad de los participantes estuvo comprendida en un rango entre 25 y 55 años. De los cuales un 40% tenía entre 25 - 35 años, un 46,7% entre 36 - 45 años y un 13,3 % entre 46- 55 años.

Gráfico 2. Distribución según sexo.



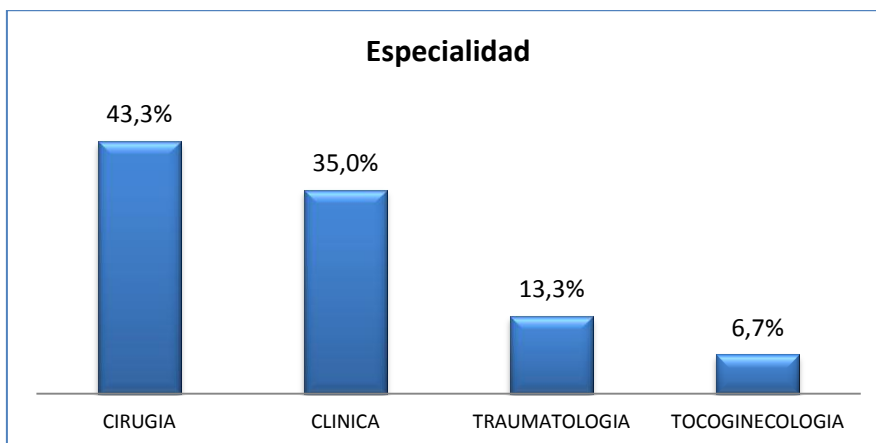
La muestra estuvo comprendida por 60 profesionales médicos. Un 45% mujeres (n= 27) y un 55 % hombres (n= 33).

Grafico 3. Distribución según estado civil



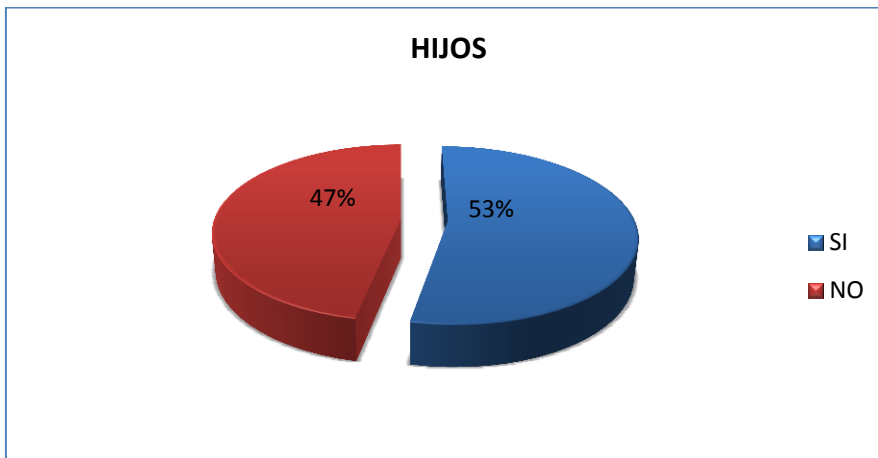
Con respecto al estado civil los datos arrojaron que el 45% (n=27) de los profesionales que integraron la muestra se encontraban solteros, el 40% (n= 24) estaba casado, y el 15% (n=9) estaba divorciado. No identificándose participantes de estado civil “Viudo”.

Grafico 4. Distribución según especialidad



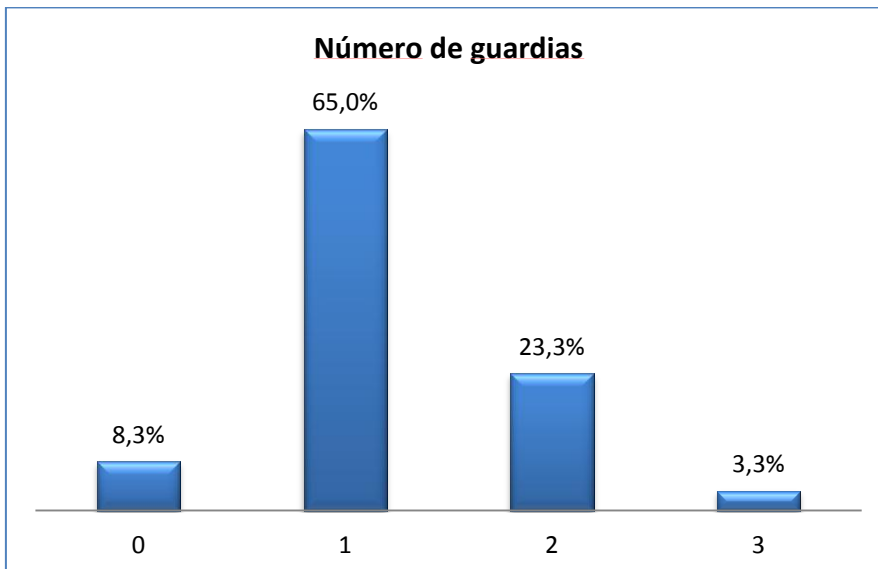
El 43,3% (n= 26) de la muestra estuvo conformado por médicos cirujanos, el 35% (n= 21) médicos clínicos, el 13,3% (n=8) por médicos traumatólogos y el 6,7% (n=4) por médicos tocoginecólogos.

Grafico 5. Distribución según tenencia o no de hijos



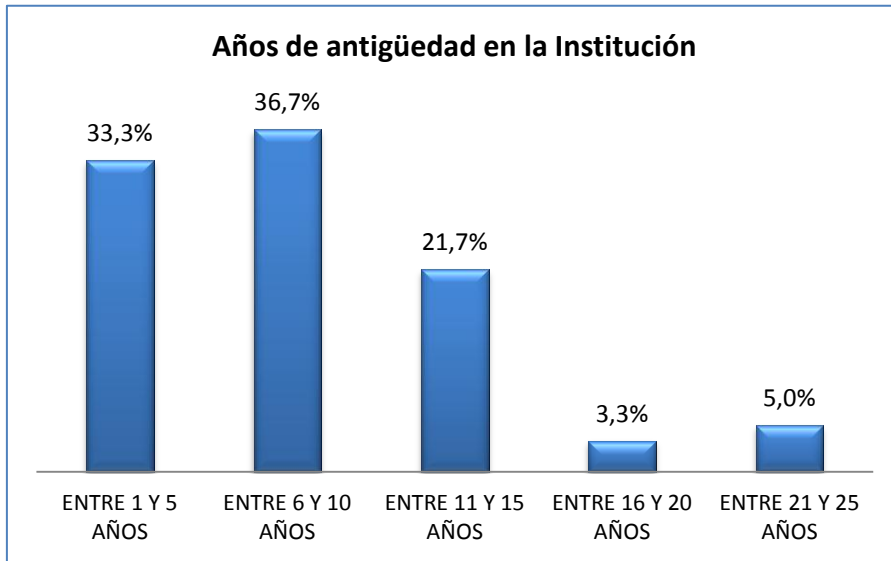
El porcentaje de la muestra que tenía hijos fue del 53% (n=32) y 47% (n= 28) no tenía hijos.

Grafico 6. Distribución según guardias semanales



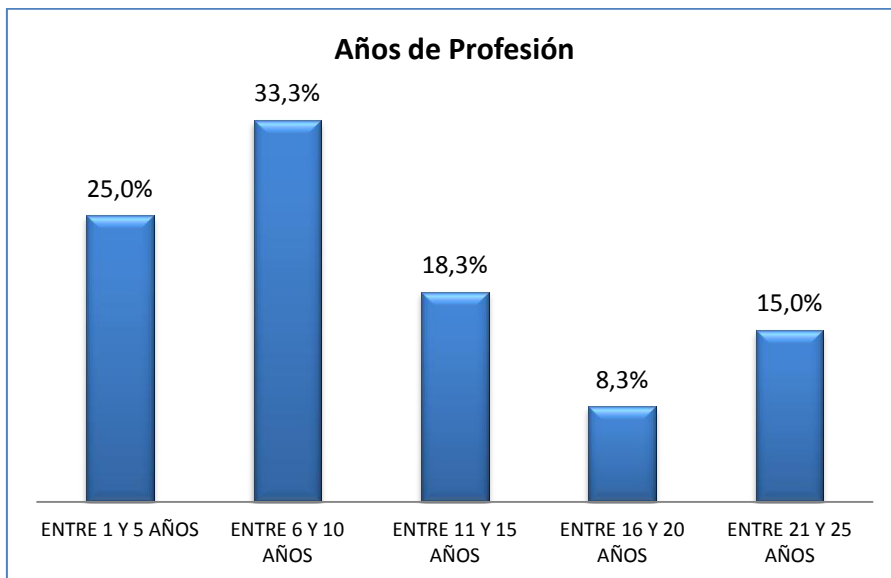
Los profesionales que comprendían la muestra el 65% (n=39) reveló practicar una guardia semanal, el 23,3% (n=14) dos, el 3,3% (n=2) tres y 8,3% (n=5) de los participantes no ejercía guardias semanales.

Grafico 7. Distribución según años de antigüedad en la Institución



Según revelan los datos obtenidos el 33,3% (n=20) de los médicos tenían entre 1 y 5 años de antigüedad en la institución, el 36,7% (n=22) entre 6 y 10 años, el 21,7%(n=13) entre 11 y 15 años, el 3,3% (n=2) entre 16 y 20 años, y el 5% (n= 3) entre 21 y 25 años que trabajan en la institución.

Gráfico 8. Distribución según años de profesión



El 25 % (n=20) de los profesionales colaboradores tenían entre 1 y 5 años de profesión, el 33,3% (n= 22) entre 6 y 10 años, el 18,3% (n= 13) entre 11 y 15 años, el 8,3% (n=2) entre 16 y 20 años y el 15 % (n=3) de la muestra entre 21 y 25 años.

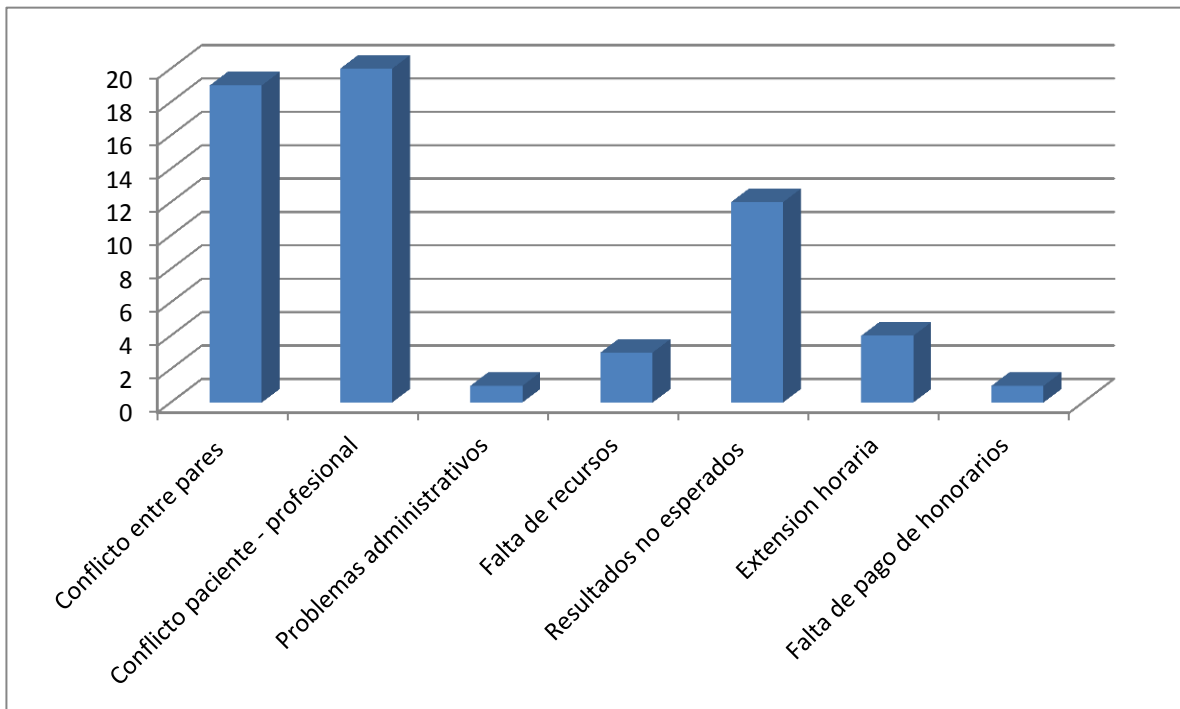
#### Etapa cualitativa:

Se analizó la etapa cualitativa del test de Estrategias de Afrontamiento (CRI), en donde los participantes debían describir detalladamente una situación estresante que hayan experimentado en el lugar de trabajo, para luego poder responder al cuestionario cuantitativo. En los resultados observados de la primera etapa, se describieron situaciones alrededor de conflictos, entre paciente y profesional en su ámbito laboral, siendo estos de diversa índole, ya sea por demora en ser atendidos, desconformidad en la atención o en los resultados. Otras de las situaciones descritas reflejaban el estrés que les provocaba ante resultados no esperados en las intervenciones, ya sea por complicaciones o muerte del paciente atendido. Problemas administrativos se observaron como otra situación estresante para el grupo de médicos estudiado, lo que genera mayor desorden a la hora de su labor. Conflictos entre pares y personal jerárquico, describiéndose estos en diversas situaciones y al ser parte de la convivencia laboral provoca el estrés referido. Así mismo relatan en esta primera etapa situaciones de estrés ante la falta de recursos para poder intervenir a los pacientes, por lo que tienen que lidiar frente a dicha situación diariamente. También la falta de cobro de honorarios que incrementa el malestar de estos profesionales y la cancelación de eventos familiares por extensión de horas laborales, que en el momento de recibir la noticia de dicha extensión provoca una situación estresante en los médicos del Hospital Dr. Julio Méndez.

Se observó también que la mayoría de las situaciones descritas fueron referidas al conflicto entre médico y paciente. Por lo cual reseña a que las situaciones en donde el médico vivencia mayor estrés, son a partir de las demandas y expectativas que el paciente exige diariamente. Lo que conlleva a un alto riesgo de que estas demandas excedan la capacidad de los recursos del profesional, para poder responderlas de manera adecuada y sin la alteración que provoca el estrés percibido en dicha situación. También se observa con altos valores, el conflicto entre pares y personal jerárquico lo que dificulta el trabajo en conjunto y favorece el estrés.



TABLA 2. Temáticas descritas de situaciones estresantes.

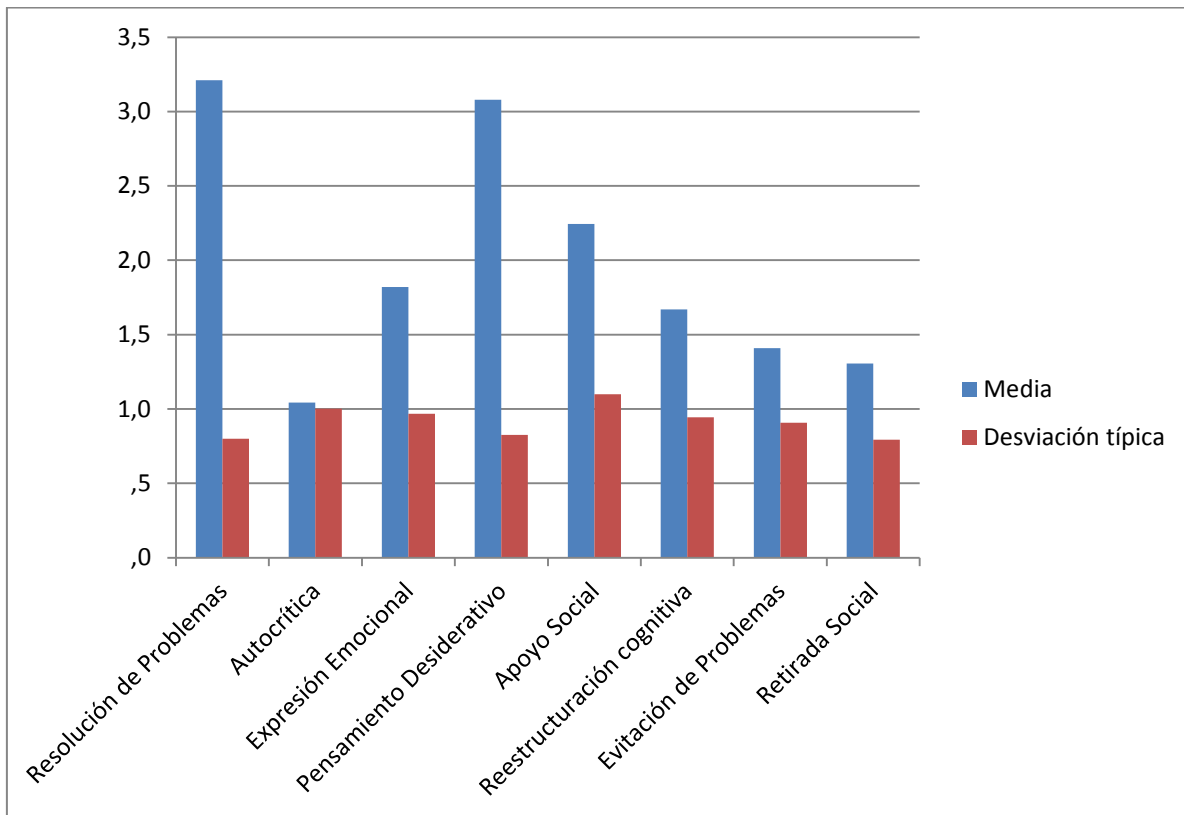


#### Etapa cuantitativa:

Se calcularon los estadísticos descriptivos para la variable de estrategias de afrontamiento, evaluadas con el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CRI) adaptado al español.

Se obtuvo para el puntaje total de la estrategia de resolución de problemas una media de 3.2 y una desviación de 0.8, para autocrítica se obtuvo una media de 1.0 y una desviación típica de 1.0, para expresión emocional una media de 1.8 y una desviación de 1.0, para pensamiento desiderativo una media de 3.1 con una desviación típica de 0.8, para Apoyo social una media de 2.2 con una desviación de 1.1, para reestructuración cognitiva una media de 1.7 y una desviación de 0.9, también para las estrategias de evitación de problemas una media de 1,4 y una desviación de 0.9 y por último para la estrategia de afrontamiento a través de retirada social una media de 1.3 y una desviación de 0,8. Ver Gráfico 9.

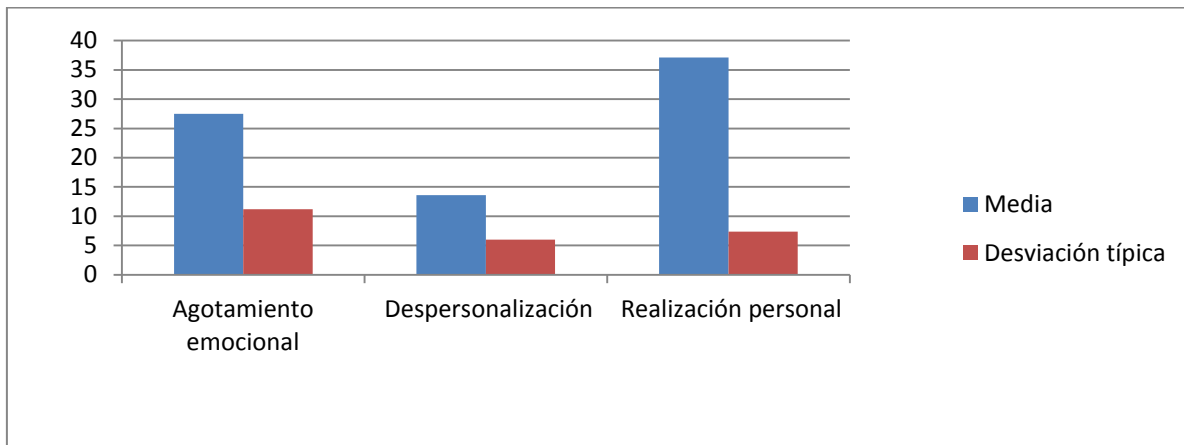
Gráfico 9. Medias y desviación típica en variables de estrategias de afrontamiento



Se observa que el mayor empleo de estrategias de afrontamiento en la muestra seleccionada es a través de la resolución de problemas y el pensamiento desiderativo. También se arroja que existe un menor empleo mediante la autocrítica, evitación de problemas y retirada social.

Se calcularon también los estadísticos descriptivos para las variables de Burnout, evaluadas a través del cuestionario Maslach Inventory. Se obtuvo una media de 27.5 y una desviación típica de 11.2 para la subescala de agotamiento emocional, una media de 13.5 y una desviación típica de 6.0 para la subescala de despersonalización y una media de 37.1 para la subescala de realización personal. Ver gráfico 10.

Gráfico 10. Medias y desviación típica en variables de Burnout



Se observa que la media en la subescalas de agotamiento emocional y despersonalización es alta y en realización personal es media.

Con el fin de ampliar la descripción de las variables de estudio, se comprobó en primera instancia el ajuste a la ley normal de todas las dimensiones y del total general. Utilizando la prueba de Kolmogorov-Smirnov de acuerdo al tamaño de la muestra.

TABLA 3. Prueba de Kolmogorov-Smirnov : Estrategias de afrontamiento

	N	Parámetros normales <sup>a,b</sup>		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
EARP_M Promedio Resolución de Problemas	60	3,2100	,80036	,170	,162	-,170	1,319	,062
EAA_M Promedio Autocrítica	60	1,0433	1,00243	,213	,213	-,149	1,647	,009
EAEE_M Promedio Expresión Emocional	60	1,8200	,96705	,061	,058	-,061	,474	,978
EAPD_M Promedio Pensamiento Desiderativo	60	3,0800	,82684	,158	,133	-,158	1,222	,101
EAAS_M Promedio Apoyo Social	60	2,2433	1,09983	,088	,088	-,075	,678	,747
EARC_M Promedio Reestructuración cognitiva	60	1,6700	,94372	,097	,096	-,097	,752	,624
EAEP_M Promedio Evitación de Problemas	60	1,4100	,90829	,108	,108	-,062	,837	,485
EARS_M Promedio Retirada Social	60	1,3067	,79359	,113	,113	-,113	,879	,422

TABLA 4. Prueba de Kolmogorov-Smirnov: dimensiones de Burnout

	N	Parámetros normales <sup>a,b</sup>		Diferencias más extremas			Z de Kolmogorov-Smirnov	Sig. asintót. (bilateral)
		Media	Desviación típica	Absoluta	Positiva	Negativa		
MBICES MBI Subescala de agotamiento emocional	60	27,52	11,185	,085	,060	-,085	,659	,778
MBIDE MBI Subescala de despersonalización	60	13,5667	6,00668	,104	,104	-,074	,807	,532
MBIRP MBI Subescala de realización personal	60	37,1333	7,37257	,156	,070	-,156	1,205	,110

El total general y todas las dimensiones se distribuyen según ley normal excepto la estrategia de afrontamiento: autocrítica.

Una vez comprobadas las variables paramétricas y no paramétricas se continuó con la descripción de estas, comparándolas en cuanto a sexo y estado civil, y conocer si existen diferencias significativas de acuerdo a estos grupos. Se utilizó la prueba T de Student para las variables que se distribuyen según ley normal. También se comprobó la homogeneidad de las varianzas mediante la prueba de Levene.

TABLA 5. Prueba T

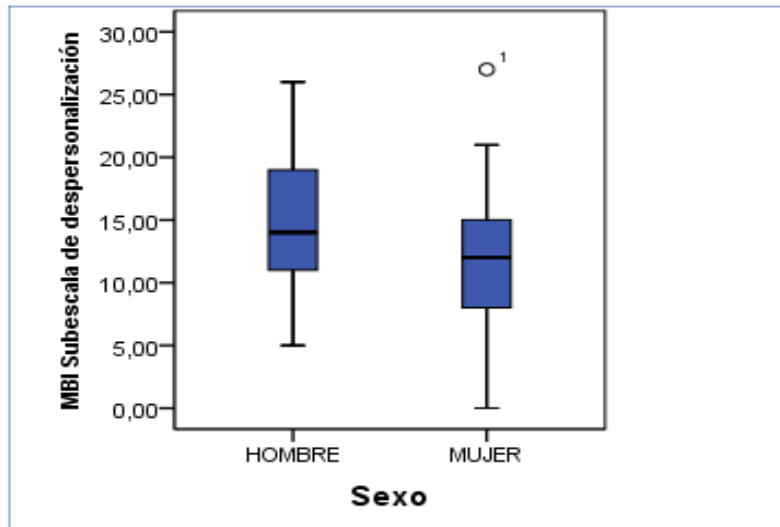
Estadísticos de grupo					
	V3 Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
EARP_M Promedio Resolución de Problemas	1 HOMBRE	33	3,2182	,76708	,13353
	2 MUJER	27	3,2000	,85395	,16434
EAEE_M Promedio Expresión Emocional	1 HOMBRE	33	1,8606	1,01179	,17613
	2 MUJER	27	1,7704	,92604	,17822
EAPD_M Promedio Pensamiento Desiderativo	1 HOMBRE	33	3,1030	,74014	,12884
	2 MUJER	27	3,0519	,93577	,18009
EAAS_M Promedio Apoyo Social	1 HOMBRE	33	2,2242	1,09631	,19084
	2 MUJER	27	2,2667	1,12455	,21642
EARC_M Promedio Reestructuración cognitiva	1 HOMBRE	33	1,6909	,82627	,14384
	2 MUJER	27	1,6444	1,08604	,20901
EAEP_M Promedio Evitación de Problemas	1 HOMBRE	33	1,3758	,87000	,15145
	2 MUJER	27	1,4519	,96810	,18631
EARS_M Promedio Retirada Social	1 HOMBRE	33	1,4727	,78073	,13591
	2 MUJER	27	1,1037	,77533	,14921
MBICES MBI Subescala de agotamiento emocional	1 HOMBRE	33	29,85	9,621	1,675
	2 MUJER	27	24,67	12,434	2,393
MBIDE MBI Subescala de despersonalización	1 HOMBRE	33	15,0606	5,37901	,93636
	2 MUJER	27	11,7407	6,32208	1,21668
MBIRP MBI Subescala de realización personal	1 HOMBRE	33	35,7879	8,09613	1,40936
	2 MUJER	27	38,7778	6,12896	1,17952

TABLA 6. Prueba de Levene

Prueba de muestras independientes										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
EARP_M Promedio	Se han asumido varianzas iguales	,724	,398	,087	58	,931	,01818	,20946	-,40110	,43747
Resolución de Problemas	No se han asumido varianzas iguales			,086	52,921	,932	,01818	,21175	-,40655	,44292
EAAE_M Promedio	Se han asumido varianzas iguales	,032	,858	,357	58	,722	,09024	,25283	-,41585	,59632
Expresión Emocional	No se han asumido varianzas iguales			,360	57,232	,720	,09024	,25056	-,41147	,59194
EAPD_M Promedio	Se han asumido varianzas iguales	,855	,359	,237	58	,814	,05118	,21630	-,38180	,48415
Pensamiento Desiderativo	No se han asumido varianzas iguales			,231	48,998	,818	,05118	,22143	-,39381	,49616
EAAS_M Promedio	Se han asumido varianzas iguales	,002	,962	-,147	58	,883	-,04242	,28780	-,61852	,53367
Apoyo Social	No se han asumido varianzas iguales			-,147	55,091	,884	-,04242	,28855	-,62066	,53581
EARC_M Promedio	Se han asumido varianzas iguales	4,716	,034	,188	58	,851	,04646	,24692	-,44780	,54073
Reestructuración cognitiva	No se han asumido varianzas iguales			,183	47,756	,855	,04646	,25372	-,46374	,55667
EAEP_M Promedio	Se han asumido varianzas iguales	,292	,591	-,320	58	,750	-,07609	,23751	-,55153	,39934
Evitación de Problemas	No se han asumido varianzas iguales			-,317	52,934	,753	-,07609	,24010	-,55769	,40550
EARS_M Promedio	Se han asumido varianzas iguales	,033	,856	1,827	58	,073	,36902	,20197	-,03527	,77332
Retirada Social	No se han asumido varianzas iguales			1,828	55,820	,073	,36902	,20183	-,03532	,77337
MBICES MBI Subescala de agotamiento emocional	Se han asumido varianzas iguales	1,981	,165	1,820	58	,074	5,182	2,847	-,518	10,881
	No se han asumido varianzas iguales			1,774	48,295	,082	5,182	2,921	-,690	11,054
MBIDE MBI Subescala de despersonalización	Se han asumido varianzas iguales	,041	,840	2,198	58	,032	3,31987	1,51047	,29634	6,34339
	No se han asumido varianzas iguales			2,162	51,298	,035	3,31987	1,53528	,23809	6,40164
MBIRP MBI Subescala de realización personal	Se han asumido varianzas iguales	1,029	,315	-1,583	58	,119	-2,98990	1,88924	-6,77163	,79183
	No se han asumido varianzas iguales			-1,627	57,692	,109	-2,98990	1,83781	-6,66909	,68930

Se obtuvo como resultado de esta comparación de grupos que en ninguna de las variables se observan diferencias estadísticamente significativas según el sexo, excepto en la dimensión de despersonalización ( $P=.0.032$ ). La media observada en los hombres es superior a la observada en mujeres. Los hombres presentan indicadores más elevados en la dimensión de despersonalización de Burnout que las mujeres.

Gráfico 11. Diferencias significativas según sexo.



Para las variables no paramétricas se compararon los rangos promedio, utilizando la prueba de Mann-Whitney.

TABLA 7. Prueba de Mann-Whitney

		Rangos		
V3 Sexo		N	Rango promedio	Suma de rangos
EAA_M Promedio Autocrítica	1 HOMBRE	33	33,11	1092,50
	2 MUJER	27	27,31	737,50
	Total	60		

TABLA 8. Estadísticos de contraste

	EAA_M Promedio Autocrítica
U de Mann-Whitney	359,500
W de Wilcoxon	737,500
Z	-1,285
Sig. asintót. (bilateral)	,199

No se evidenciaron relaciones significativas en el empleo de estrategias de afrontamiento mediante la autocrítica, entre hombres y mujeres.

Para comparar más de dos grupos se utilizó el Análisis de la variancia unifactorial ANOVA. Para variables que se distribuyen según ley normal. Comprobando a su vez la homogeneidad de varianzas.

TABLA 9. ANOVA de un factor

		Descriptivos							
		N	Media	Desviación típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite inferior	Límite superior		
EARP_M Promedio Resolución de Problemas	0 SOLTERO	27	3,1926	,82365	,15851	2,8668	3,5184	1,20	4,00
	1 CASADO	24	3,2750	,77977	,15917	2,9457	3,6043	1,40	4,00
	2 SEPARADO	9	3,0889	,86088	,28696	2,4272	3,7506	1,20	4,00
	Total	60	3,2100	,80036	,10333	3,0032	3,4168	1,20	4,00
EAEE_M Promedio Expresión Emocional	0 SOLTERO	27	2,0296	,93431	,17981	1,6600	2,3992	,20	4,00
	1 CASADO	24	1,4417	,89244	,18217	1,0648	1,8185	,00	3,20
	2 SEPARADO	9	2,2000	1,01489	,33830	1,4199	2,9801	,60	3,60
	Total	60	1,8200	,96705	,12485	1,5702	2,0698	,00	4,00
EAPD_M Promedio Pensamiento Desiderativo	0 SOLTERO	27	3,1185	,80050	,15406	2,8019	3,4352	1,00	4,00
	1 CASADO	24	2,9583	,93433	,19072	2,5638	3,3529	1,00	4,00
	2 SEPARADO	9	3,2889	,59255	,19752	2,8334	3,7444	2,20	4,00
	Total	60	3,0800	,82684	,10674	2,8664	3,2936	1,00	4,00
EAAS_M Promedio Apoyo Social	0 SOLTERO	27	2,3630	1,06704	,20535	1,9409	2,7851	,80	4,00
	1 CASADO	24	2,1167	1,16607	,23802	1,6243	2,6091	,00	4,00
	2 SEPARADO	9	2,2222	1,10202	,36734	1,3751	3,0693	,80	4,00
	Total	60	2,2433	1,09983	,14199	1,9592	2,5274	,00	4,00
EARC_M Promedio Reestructurac ión cognitiva	0 SOLTERO	27	1,6741	,98003	,18861	1,2864	2,0618	,20	3,20
	1 CASADO	24	1,8500	,94225	,19234	1,4521	2,2479	,00	3,60
	2 SEPARADO	9	1,1778	,72419	,24140	,6211	1,7344	,00	2,20
	Total	60	1,6700	,94372	,12183	1,4262	1,9138	,00	3,60
EAEP_M Promedio Evitación de Problemas	0 SOLTERO	27	1,4074	1,05900	,20380	,9885	1,8263	,00	3,40
	1 CASADO	24	1,4750	,83367	,17017	1,1230	1,8270	,20	3,00
	2 SEPARADO	9	1,2444	,63070	,21023	,7596	1,7292	,20	2,40
	Total	60	1,4100	,90829	,11726	1,1754	1,6446	,00	3,40
EARS_M Promedio Retirada Social	0 SOLTERO	27	1,1037	,88816	,17093	,7524	1,4550	,00	3,20
	1 CASADO	24	1,4000	,66985	,13673	1,1171	1,6829	,00	2,40
	2 SEPARADO	9	1,6667	,69282	,23094	1,1341	2,1992	,40	2,60
	Total	60	1,3067	,79359	,10245	1,1017	1,5117	,00	3,20
MBICES MBI Subescala de agotamiento emocional	0 SOLTERO	27	29,30	11,789	2,269	24,63	33,96	4	45
	1 CASADO	24	26,33	10,647	2,173	21,84	30,83	1	44
	2 SEPARADO	9	25,33	11,169	3,723	16,75	33,92	10	48
	Total	60	27,52	11,185	1,444	24,63	30,41	1	48
MBIDE MBI Subescala de despersonaliz ación	0 SOLTERO	27	13,9259	7,07066	1,36075	11,1289	16,7230	2,00	27,00
	1 CASADO	24	13,0833	5,26611	1,07494	10,8597	15,3070	,00	23,00
	2 SEPARADO	9	13,7778	4,76387	1,58796	10,1159	17,4396	5,00	20,00
	Total	60	13,5667	6,00668	,77546	12,0150	15,1184	,00	27,00
MBIRP MBI Subescala de realización personal	0 SOLTERO	27	35,8148	8,23705	1,58522	32,5563	39,0733	16,00	46,00
	1 CASADO	24	37,7917	6,24833	1,27544	35,1532	40,4301	22,00	48,00
	2 SEPARADO	9	39,3333	7,44983	2,48328	33,6069	45,0598	27,00	48,00
	Total	60	37,1333	7,37257	,95179	35,2288	39,0379	16,00	48,00

TABLA 10. Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
EARP_M Promedio Resolución de Problemas	,162	2	57	,851
EAAE_M Promedio Expresión Emocional	,126	2	57	,882
EAPD_M Promedio Pensamiento Desiderativo	2,118	2	57	,130
EAAS_M Promedio Apoyo Social	,105	2	57	,901
EARC_M Promedio Reestructuración cognitiva	1,014	2	57	,369
EAEP_M Promedio Evitación de Problemas	2,102	2	57	,132
EARS_M Promedio Retirada Social	2,265	2	57	,113
MBICES MBI Subescala de agotamiento emocional	,521	2	57	,597
MBIDE MBI Subescala de despersonalización	1,618	2	57	,207
MBIRP MBI Subescala de realización personal	1,028	2	57	,364

El supuesto de aplicación, para la prueba ANOVA, de la homogeneidad de las variancias se cumple para todas las variables.

Luego se identificó a través de esta prueba que solo existe relación significativa entre la estrategia de expresión emocional y el estado civil. (P=0.039).

TABLA 11. Anova

ANOVA						
		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
EARP_M Promedio Resolución de Problemas	Inter-grupos	,242	2	,121	,183	,833
	Intra-grupos	37,552	57	,659		
	Total	37,794	59			
EAAE_M Promedio Expresión Emocional	Inter-grupos	5,921	2	2,961	3,426	,039
	Intra-grupos	49,255	57	,864		
	Total	55,176	59			
EAPD_M Promedio Pensamiento Desiderativo	Inter-grupos	,788	2	,394	,568	,570
	Intra-grupos	39,548	57	,694		
	Total	40,336	59			
EAAS_M Promedio Apoyo Social	Inter-grupos	,775	2	,388	,313	,732
	Intra-grupos	70,592	57	1,238		
	Total	71,367	59			
EARC_M Promedio Reestructuración cognitiva	Inter-grupos	2,959	2	1,479	1,700	,192
	Intra-grupos	49,587	57	,870		
	Total	52,546	59			
EAEP_M Promedio Evitación de Problemas	Inter-grupos	,348	2	,174	,205	,815
	Intra-grupos	48,326	57	,848		
	Total	48,674	59			
EARS_M Promedio Retirada Social	Inter-grupos	2,488	2	1,244	2,045	,139
	Intra-grupos	34,670	57	,608		
	Total	37,157	59			



MBICES MBI Subescala de agotamiento emocional	Inter-grupos	162,020	2	81,010	,640	,531
	Intra-grupos	7218,963	57	126,648		
	Total	7380,983	59			
MBIDE MBI Subescala de despersonalización	Inter-grupos	9,493	2	4,746	,128	,880
	Intra-grupos	2119,241	57	37,180		
	Total	2128,733	59			
MBIRP MBI Subescala de realización personal	Inter-grupos	100,901	2	50,450	,926	,402
	Intra-grupos	3106,032	57	54,492		
	Total	3206,933	59			

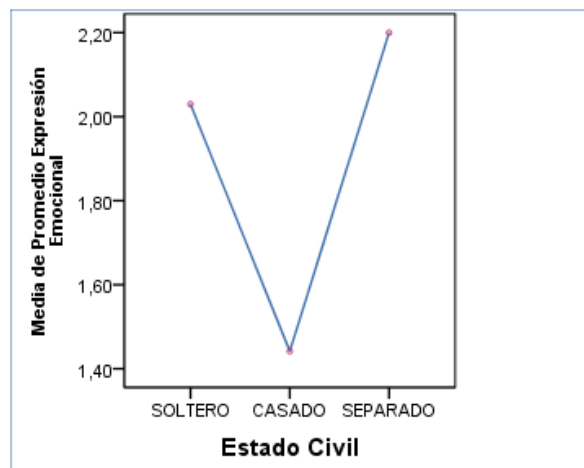
Para comparar la relación identificada entre la estrategia de expresión emocional y el estado civil se utilizaron las pruebas post hoc.

TABLA 12. Comparaciones Múltiples – Promedio: expresión emocional

(I) V4 Estado Civil	(J) V4 Estado Civil	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%		
					Límite inferior	Límite superior	
EAEE_M Promedio Expresión Emocional	0 SOLTERO	1 CASADO	,58796	,26079	,028	,0657	1,1102
		2 SEPARADO	-,17037	,35779	,636	-,8868	,5461
	1 CASADO	0 SOLTERO	-,58796	,26079	,028	-1,1102	-,0657
		2 SEPARADO	-,75833	,36334	,041	-1,4859	-,0308
	2SEPARADO	0 SOLTERO	,17037	,35779	,636	-,5461	,8868
		1 CASADO	,75833	,36334	,041	,0308	1,4859

La media de expresión emocional del grupo de solteros es superior ( $P=0.028$ ) a la del grupo de casados, siendo la media de solteros de 2,0296, de casados 1,4417 y de separados 2,2000 no existen diferencias significativas entre los solteros y los separados.

Grafico 12. Diferencia entre media de agotamiento emocional y estado civil



Para poder corroborar la hipótesis y objetivos planteados se realizó un estudio acerca de la relación entre las variables cuantitativas evaluadas de las distintas estrategias y de las dimensiones de Burnout, utilizando el coeficiente de correlación de Pearson para las variables que se distribuyen según ley normal y la prueba Rho de Spearman si las variables no son paramétricas.

TABLA 13. Coeficiente de correlación de Pearson

Correlación de Pearson		EARP Resolución de Problemas	EAAE Expresión Emocional	EAPD Pensamiento Desiderativo	EAAS Apoyo Social	EARC Reestructurac ión cognitiva	EAEV Evitación de Problemas	EARS Retirad a Social
MBICES MBI Subescala de agotamiento emocional	Correlación de Pearson	-,319*	,056	,317*	-,019	-,302*	-,171	,095
	Sig. (bilateral)	,013	,670	,014	,883	,019	,192	,471
	N	60	60	60	60	60	60	60
MBIDE MBI Subescala de despersonalización	Correlación de Pearson	-,212	,205	,174	-,018	-,133	-,080	,230
	Sig. (bilateral)	,104	,117	,183	,894	,312	,544	,078
	N	60	60	60	60	60	60	60
MBIRP MBI Subescala de realización personal	Correlación de Pearson	,035	-,250	-,100	,041	,136	,147	-,103
	Sig. (bilateral)	,792	,055	,446	,755	,300	,264	,432
	N	60	60	60	60	60	60	60

TABLA 14. Rho de Spearman. Variables no paramétricas

Rho de Spearman		EAA Autocrítica
MBICE_Grado Grado en la Subescala de agotamiento emocional	Coeficiente de correlación	-,112
	Sig. (bilateral)	,394
	N	60
MBIDE_Grado Grado en la Subescala de despersonalización	Coeficiente de correlación	-,187
	Sig. (bilateral)	,153
	N	60
MBIRP_Grado Grado en la Subescala de realización personal	Coeficiente de correlación	,050
	Sig. (bilateral)	,703
	N	60

Existe relación entre la utilización de estrategias mediante resolución de problemas y la dimensión de agotamiento emocional ( $P=0.013$ ). La correlación es media e inversa. Los sujetos que afrontan situaciones mediante resolución de problemas presentan menores indicadores de Burnout en la subescala de agotamiento emocional y viceversa. De la misma forma, con una correlación media e inversa, a través de reestructuración cognitiva

( $P=0.019$ ). También se observa una relación significativa con la subescala de agotamiento emocional en la utilización de estrategias de afrontamiento mediante el pensamiento desiderativo ( $P=0.014$ ), siendo su correlación media y positiva. Aquellos sujetos que tienden afrontar situaciones mediante pensamiento desiderativo se correlaciona con el aumento de indicadores en esta dimensión.

Gráfico 13. Correlación entre resolución de problemas y dimensión agotamiento emocional

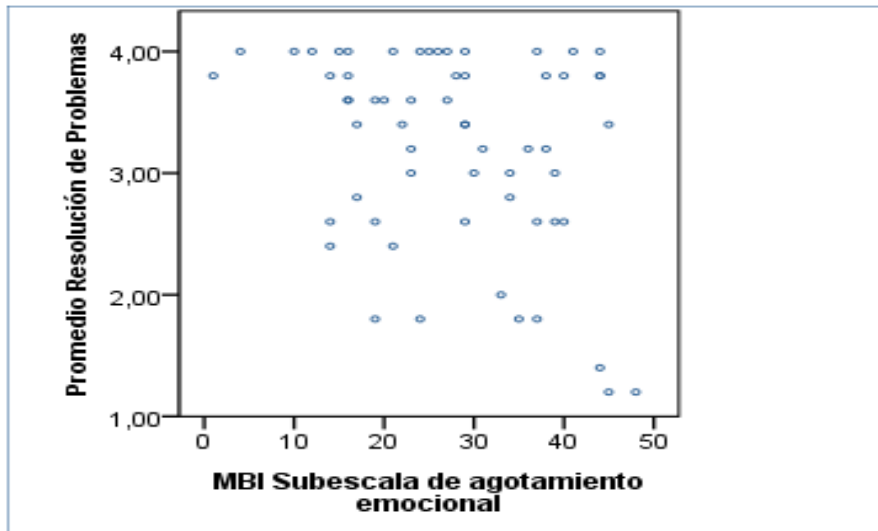


Gráfico 14. Correlación entre pensamiento desiderativo y dimensión de agotamiento emocional.

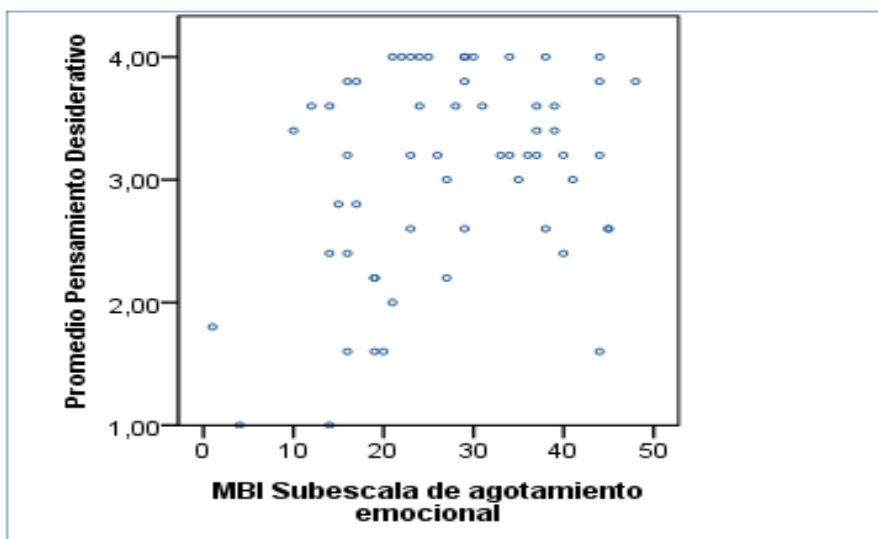
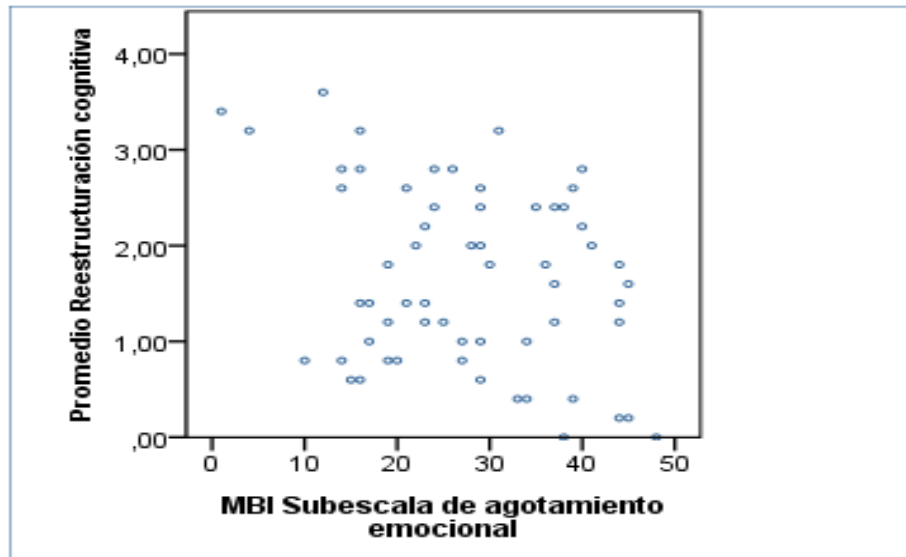


Gráfico 15. Correlación entre reestructuración cognitiva y dimensión de agotamiento emocional



Se comprueba una relación inversa entre indicadores de la subescala de agotamiento en la utilización de estrategias de resolución de problemas. Al aumentar el valor de la primer variable disminuye el de la otra y viceversa. De la misma forma con el afrontamiento mediante reestructuración cognitiva.

También se comprueba una correlación positiva entre los indicadores de la subescala de agotamiento emocional y la utilización de estrategias de afrontamiento mediante pensamiento desiderativo. Al aumentar o disminuir el valor de la subescala aumentan o disminuyen estas estrategias utilizadas respectivamente. Las variables aumentan o disminuyen en el mismo sentido.

No se comprobó la hipótesis en el resto de las estrategias de afrontamiento ya que no se observa relación significativa con las distintas dimensiones de Burnout, solamente las mencionadas.

## Resultados:

En este trabajo se propuso investigar la relación entre el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes. Para lo cual en primera instancia se analizaron los resultados de la muestra estudiada, comprendida por 60 profesionales médicos, en cuanto a variables sociodemográficas. Se obtuvo una muestra en la cual el 45% fueron mujeres y el 55% hombres. La edad de los participantes estuvo comprendida en un rango entre 25 y 55 años. De los cuales un 40% tenía entre 25 - 35 años, un 46,7% entre 36 - 45 años y un 13,3 % entre 46- 55 años. Con respecto al estado civil los datos arrojaron que el 45% de los profesionales que integraron la muestra se encontraban solteros, el 40% estaba casado, y el 15% estaba divorciado. También de acuerdo a los datos arrojados se obtuvo que el 43,3% de la muestra estuvo conformado por médicos cirujanos, el 35% médicos clínicos, el 13,3% por médicos traumatólogos y el 6,7% por médicos tocoginecólogos. El porcentaje de la muestra que tenía hijos fue del 53% y 47% no tenía hijos. También se observó que el 65% reveló practicar una guardia semanal, el 23,3% dos, el 3,3% tres y 8,3% de los participantes no ejercía guardias semanales. Así mismo el 33,3% de los médicos tenían entre 1 y 5 años de antigüedad en la institución, el 36,7% entre 6 y 10 años, el 21,7% entre 11 y 15 años, el 3,3% entre 16 y 20 años, y el 5% entre 21 y 25 años que trabajan en la institución. Y para ampliar el conocimiento de la muestra se observó que el 25 % de los profesionales colaboradores tenían entre 1 y 5 años de profesión, el 33,3% entre 6 y 10 años, el 18,3% entre 11 y 15 años, el 8,3% entre 16 y 20 años y el 15 % de la muestra entre 21 y 25 años.

Se analizaron los datos de la etapa cualitativa, en donde se obtuvo que la situación más utilizada para describir una situación estresante en su ámbito laboral, fue el conflicto que se presenta diariamente con las demandas de los pacientes y el conflicto entre pares y personal jerárquico.

Luego se analizaron los datos de acuerdo a los objetivos planteados y en primera instancia se observa que la media en la subescalas de agotamiento emocional y de despersonalización de la muestra es alta y en realización personal es media. También se observa que el mayor empleo de estrategias de afrontamiento en la muestra seleccionada es a través de resolución de problemas y pensamiento desiderativo. Se agencia que existe un menor empleo mediante la autocrítica, evitación de problemas y retirada social.

En cuanto al primer objetivo específico propuesto en este trabajo: *Analizar la relación entre la dimensión de agotamiento emocional y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes*, los resultados arrojados para esta dimensión de Burnout, fueron que existe relación entre esta subescala y estrategias de resolución de problemas. Expresa que los sujetos que tienen mayor empleo de estrategias de resolución de problemas, para afrontar una situación lo hacen de manera adaptativa, y son aquellos que presentan menores indicadores de Burnout en la subescala de agotamiento emocional. También se expresó que existe una correlación media e inversa con la misma dimensión y reestructuración cognitiva. Esto significa que aquellos sujetos que cambian el significado de la situación percibida como estresante, lo resuelven de manera adaptativa ya que a su vez presentan menores indicadores de Burnout en esta subescala. También los resultados arrojaron una relación media y positiva en esta dimensión con la estrategia pensamiento desiderativo, considerada ésta desadaptativa ante el afrontamiento. En los sujetos que más la utilizaban para resolver sus problemas, se encuentra una relación con el aumento en sus indicadores de este síntoma de agotamiento. Se puede señalar de acuerdo a estos resultados arrojados que se cumple el primer objetivo propuesto a analizar.

Respecto al segundo objetivo específico planteado: *Analizar la dimensión entre la dimensión de despersonalización y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes*, se obtiene que no se expresa correlación significativa entre esta dimensión y las distintas estrategias utilizadas. Si se observa que esta dimensión de Burnout es superior en los hombres que en las mujeres. Los hombres de esta muestra manifiestan en mayoría padecer este síntoma, de actitudes negativas y frialdad hacia los receptores del servicio prestado.

Por último en relación al tercer objetivo propuesto planteado: *Analizar la dimensión entre la dimensión de realización personal y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes*, se halló que no existen relaciones significativas en ninguna de estas.

Por todo lo descrito, a partir de la observación y análisis de la relación de estas variables tal como se dan en su contexto natural, se puede confirmar la hipótesis planteada: *Existe relación entre las estrategias utilizadas por los médicos entre situaciones estresantes y los indicadores de Burnout*. Ya que esta relación se vió reflejada en los resultados con las

estrategias de resolución de problemas, reestructuración cognitiva y pensamiento desiderativo con los indicadores del síndrome. Lo que no indica que todos los sujetos que emplean estas estrategias tengan menores indicadores del síntoma, sino que en la muestra representada se halló dicha relación.

## Discusión:

El objetivo del presente trabajo fue describir la relación entre el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes, en su contexto natural de labor. Para ello se evaluaron las estrategias utilizadas en una muestra de 60 médicos del hospital Julio Méndez y se analizó su relación con las dimensiones de Burnout autoinformadas. Se aplicó una batería de test que incluía: un cuestionario socio demográfico con el objetivo de conocer las características de la muestra, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CRI) adaptado al español por Martínez, Cano y Rodríguez Franco (2007), y por último se administró Cuestionario Maslach Inventory.

Los hallazgos que se obtuvieron en esta investigación concuerdan con lo descrito en la literatura, por ejemplo Maslach y Jackson (1981) detallaron cada una de las dimensiones que experimenta quien padece Burnout. La primera dimensión que describen es el agotamiento emocional, vinculado a la disminución y detrimento de recursos emocionales del sujeto. En la muestra estudiada se encontró una media alta de agotamiento emocional. La segunda dimensión es la despersonalización que consiste en la evolución de conductas y actitudes negativas, de frialdad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado, también la media de la muestra fue alta. Por último detallan la tercera dimensión a la cual refieren como la falta de realización personal. Esta dimensión, es la propensión a evaluar la propia labor de manera negativa, el resultado que se obtuvo en la media de esta subescala, fue un valor medio. Por lo cual se puede inferir que la muestra del hospital Julio Méndez tal como lo expresan Maslach y Jackson (1976) describen el reflejo de una difícil relación entre las personas y su trabajo. En donde existe una dificultad de sincronía sistemática.

Los resultados en los índices de Burnout: la media en la subescalas de agotamiento emocional y despersonalización es alta y en realización personal es media. Que si bien no se llega a los índices que manifiestan Burnout (agotamiento emocional alto, despersonalización alto y realización personal baja), se encuentran elevados, en la media de la muestra observada, las dos primeras dimensiones.

También se relacionó lo referido por Zazzetti, Carricaburu, Ceballos, y Miloc (2011) acerca del agotamiento laboral y los conflictos nombrados, que elevan la posibilidad de padecer el síndrome de Burnout, y coinciden con los datos obtenidos en la etapa cualitativa. Los



profesionales de la muestra describieron como situaciones estresantes vivenciadas en el ámbito laboral, las siguientes: conflictos entre paciente y profesional, resultados no esperados en las intervenciones, problemas administrativos, conflictos entre pares y personal jerárquico, falta de recursos, falta de cobro de honorarios y cancelación de eventos familiares por extensión de horas laborales. Los resultados obtenidos de acuerdo a los objetivos planteados, en esta primera etapa cualitativa del cuestionario de estrategias de afrontamiento, reseñan un alto porcentaje de profesionales que experimentan situaciones de estrés con los pacientes diariamente como también el conflicto entre pares y personal jerárquico.

Respecto a las estrategias utilizadas por los médicos evaluados se observó que en esta población estudiada, la mayoría empleaba estrategias de afrontamiento del tipo de resolución de problemas y pensamiento desiderativo. También arrojó que existe un menor empleo de autocrítica, evitación de problemas y retirada social. Al ser estas últimas y pensamiento desiderativo, según diferentes autores (Martínez García, Cano García y Rodríguez Franco 2007) favorecedoras de adquisición del síndrome, mientras afirman a su vez, los mismos autores, que las de resolución de problemas son más adaptivas, se evalúa que el empleo en las estrategias de afrontamiento de la media de los profesionales evaluados fue mixta, respecto a las estrategias utilizadas en mayor medida.

Girdano y Everly (1986) refieren que las estrategias de afrontamiento pueden ser adaptativas o inadaptativas. Las adaptativas disminuyen el estrés y promueven la salud a largo plazo mientras que las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para desgastar la salud del individuo a largo plazo. De modo similar, la investigación realizada por Valdés y cols. (2010) indica que el empleo de ciertas estrategias de afrontamiento tiene ciertos efectos protectores ante el síndrome. En el presente trabajo se obtuvo como resultado, de acuerdo a los objetivos planteados, que los profesionales evaluados que emplean estrategias de afrontamiento mediante reestructuración cognitiva y resolución de problemas, presentan menores indicadores de Burnout en la subescala de agotamiento emocional como también a su inversa. Actúan como protectoras si bien no resguardan totalmente de todas las dimensiones del síndrome. También se obtuvo que los profesionales evaluados utilizan estrategias de pensamiento desiderativo y se halló una relación con el aumento en esta dimensión. Lo que podría favorecer el desarrollo del síndrome.

En contraste con esta posible relación hallada, los resultados obtenidos en la investigación de Nowakowska-Domagala, Jablkowska-Gorecka, Kostrzanowska-Jarmakowska, Morton, y Stecz (2015) refieren que el síndrome de Burnout es un fenómeno más complejo. Ellos aluden a que depende también de otros factores, y por lo tanto no puede ser simplemente correlacionado con las estrategias de afrontamiento. Sin embargo, y aun reconociendo las limitaciones que tiene esta investigación en el sentido de lo mencionado por los autores de referencia, se considera un aporte al campo científico confirmar la relación entre estrategias de afrontamiento particulares con algunas dimensiones de síndrome de Burnout en los médicos estudiados, tanto en la relación positiva como negativa (estrategias favorecedoras de síndrome de Burnout y estrategias protectoras de S. de Burnout).

Sin embargo esta relación no permite descifrar si las personas que tienden a usar mayormente estrategias particulares no presentan indicadores de Burnout o porque no presentan indicadores de Burnout tienden a usar esas estrategias particulares.

A su vez se confirma que la provisión de los médicos con estrategias de afrontamiento es importante en su desarrollo profesional, y esto ha sido confirmado por otros estudios (Nowakowska-Domagala, Jablkowska-Gorecka, Kostrzanowska-Jarmakowska, Morton, y Stecz 2015)

Se infiere que siendo la profesión médica, una profesión desgastante a nivel físico y psíquico, estudios de esta naturaleza podrían en un futuro facilitar procesos de formación de carácter preventivo, que desarrollen el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas además del control de las condiciones en que cada profesional ejerce su labor y del nivel de estrés que percibe.

Es de suma importancia atender, tal como refiere Freudenberger (1974) que utilizar estrategias desadaptativas puede afectar a los pares con lo que en un corto plazo la organización, como entidad, puede caer en el desánimo extendido. Y tal como lo afirman Gil-Monte y Peiró (1997) si el desgaste subsiste a lo largo del tiempo, tendrá consecuencias perjudiciales para el sujeto, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas, como así también consecuencias hacia los pacientes.

Limitaciones: En este estudio las limitaciones están vinculadas principalmente a lo mencionado en párrafos anteriores, se correlacionó el síndrome de Burnout con las

diferentes estrategias de afrontamiento únicamente, reconociendo que existen otros factores con los que habría que relacionarlo (variables personales, estilo de personalidad, contexto, también con las distintas características socioculturales, etc.).

Otra limitación es el tamaño de la muestra, ya que si bien corresponde a un porcentaje significativo de los médicos del hospital elegido, que sea de una sola institución puede estar dando un sesgo vinculado a otros factores independientes de la profesión y de la relación médico paciente.

## Conclusión:

En el presente trabajo se propuso analizar la relación entre el síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes, siguiendo la línea de trabajo de diferentes investigaciones encontradas que se relacionaban con la temática elegida. Para luego poder realizar una comparación ante los resultados obtenidos.

Los resultados obtenidos han derivado de la hipótesis planteada al comienzo del estudio, la cual refiere que “existe relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos ante situaciones estresantes y los indicadores de síntomas de Burnout. Para lo cual se escogió la población de médicos del Hospital julio Méndez de la Ciudad de Buenos Aires, de allí se seleccionó una muestra de 60 participantes a los cuales se les administró una batería de test comprendida por tres cuestionarios. Para poder conocer las características sociodemográficas de la muestra, las estrategias de afrontamiento que utilizan los profesionales ante una situación estresante descrita en su entorno laboral y los niveles en las dimensiones de Burnout que presentan. Una vez administrados los cuestionarios se realizó una matriz de datos con los resultados de cada cuestionario. Luego se analizaron resultados de las variables administradas, se realizó una descripción de los datos hallados y se retornó hacia los objetivos planteados para poder analizar su relación.

Los resultados obtenidos brindaron la posibilidad de poder corroborar la hipótesis planteada, ya que se halló una relación estadísticamente significativa entre la dimensión de agotamiento y las estrategias de afrontamiento mediante resolución de problemas, pensamiento desiderativo y reestructuración cognitiva. Significando que los médicos evaluados que utilizan este tipo de esfuerzos cognitivos, en continuo cambio, desplegándolos para manejar las demandas específicas externas y/o internas, (Lazarus y Folkman, 1986) presentan menores indicadores en esta dimensión o que los que presentan menores indicadores de dimensiones de síndrome de Burnout utilizan esfuerzos cognitivos: mediante resolución de problemas y reestructuración cognitiva. Como también a su inversa. También aquellos que lo hacían mayormente mediante pensamiento desiderativo se halló relación con la presencia de mayores indicadores en la dimensión de agotamiento emocional.

Así mismo no se obtuvieron relaciones en las dimensiones de despersonalización y realización personal con el resto de las estrategias utilizadas por la muestra evaluada.

Como conclusión a se espera que los resultados hallados en este trabajo sirvan como referencia para otros estudios, superándose las limitaciones metodológicas del mismo. Se sugiere ampliar los estudios de esta temática ya que tiene importancia a nivel personal y social en el ámbito de la salud. Se espera que un futuro próximo se atienda esta problemática y para ello se desarrollen nuevas líneas de investigación que permitan conocer en extenso todos los factores de un tema complejo y actual en el ámbito de la salud para beneficio de la población y de los profesionales. Obteniendo de esta manera conciencia colectiva de los sucesos que puede acontecer en dicho ámbito, que implican consecuencias negativas a nivel general, si no se previenen de manera adecuada. Controlar el estrés percibido y evaluar las estrategias afrontamiento que poseen los profesionales, tal como se realizó en el presente trabajo con la muestra seleccionada, como también investigar que otros efectos puede estar ocasionando un riesgo (por ejemplo la satisfacción laboral o el bienestar psicológico). Se podría sugerir una contención no solo para la demanda sino también para el personal que se pone a su servicio. Con el objetivo de no poner en riesgo la actividad profesional médica, ni la salud de quienes ejercen en esta rama de la ciencia.

## Referencias bibliográficas:

- Brislin, R. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross Cultural Psychology, 1*, 185-216.
- Castaño, E; y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of psychology and psychological therapy, 10(2)*, 245-257.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Doolittle, B.R.; Windish, D. M.; y Seelig, C.B. (2013). Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians. *Journal of graduate medical education, 5 (2)*, 257-261.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid: Pirámide.
- Folkman, S.; Lazarus, R.S.; Dunkel-Schetter, C.; DeLongis, A.; y Gruen, R.J. (1986). Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 992-1003.
- Folkman, S.; y Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 150-170.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues, 30 (1)* 159-165.
- Galván, M. E.; Vassallo, J. C.; Rodríguez, S. P.; Otero, P.; Montonati, M. M.; Cardigni, G.; y Sarli, M. (2014). Síndrome de desgaste profesional en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría, 53 (1)*, 29-36.
- Gil-Monte, P. R.; y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Girdano, D.; y Everly, G.S. (1986). *Controlling stress and tension*. (4a.ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Linzer, M.; Visser, M. R.; Oort, F. J.; Smets, E.; McMurray, J. E.; y de Haes, H. C. (2001). Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *The American journal of medicine, 111 (2)*, 170-175.

- Martínez García, J. G.; Cano García F.J.; y Rodríguez Franco L. (2007). Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Especiales Psiquiatría*, 35 (1), 29-39.
- Maslach, C. (1976). Burnout. *Human behavior*, 5 (9),16-22.
- Maslach, C.; y Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of occupational behavior*, 2 (2), 99-113.
- Maslach, C.; y Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of applied psychology*, 93 (3), 498.
- Moreno-Jiménez, B.; Seminotti, R.; Garrosa, E.; Rodríguez-Carvajal, R.; y Morante, M. E. (2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés*, 11 (1), 87-100.
- Nowakowska-Domagala,K.;Jablkowska-Gorecka,K.;Kostrzanowska-Jarmakowska,L.; Morton, M.; y Stecz, P. (2015). The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists: A Cross-sectional Study. *Medicine*, 94 (24), 1-8.
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18. 167-202.
- Ramirez, A. J.; Graham, J., Richards, M. A.; Cull, A.; Gregory, W. M.; Leaning, M. S.; Ríos, F. L.; y Ruiz, C. O. (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.
- Snashall, D. C.; y Timothy, A. R. (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British Journal of Cancer*, 71, 1263-1269.
- Spickard Jr, A.; Gabbe, S. G.; y Christensen, J. F. (2002). Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *Jama*, 288 (12), 1447-1450.
- Tobin, D.L.; Holroyd, K.A.; Reynolds, R.V.; y Wigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13 (4), 343-361.
- Valdés, C. B.; Austria-Corrales, F.; Herrera-Kiengelher, L.; Vega Valero, C.Z.; y Vázquez-García, J.C. (2010). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout “o de desgaste profesional” en trabajadores de la salud. *NeumolCirTorax*, 69 (3), 137-142.
- Zazzetti, F.; Carricaburu, M. V.; Ceballos, J. L.; y Miloc, E. (2011) Prevalencia de síndrome de burnout en médicos y enfermeros de unidades de terapia intensiva privadas en

Argentina. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 17 (2), 120-128.



## ANEXOS

## Consentimiento informado:

Buenos Aires. Fecha:.....de..... de 2015.

Doy mi consentimiento para que se me administre la batería de pruebas psicológicas correspondientes al trabajo práctico de integración final de la Facultad de Psicología de la Universidad Argentina De La Empresa.

Me doy por informado que los resultados obtenidos serán de carácter anónimo, confidencial y, dado que se trata de un trabajo final y no de una práctica profesional, no recibiré el informe de devolución respectivo.

Marque con una cruz lo que corresponde:

De acuerdo: ( )

En desacuerdo: ( )

¡¡¡Gracias por su colaboración!!!

## Cuestionario sociodemográfico

EDAD	<input type="text"/>
SEXO	HOMBRE : <input type="text"/> MUJER: <input type="text"/>
ESTADO CIVIL	CASADO <input type="text"/> SOLTERO <input type="text"/> SEPARADO <input type="text"/> VIUDO <input type="text"/>
HIJOS	SI <input type="text"/> NO <input type="text"/> CANTIDAD <input type="text"/>
ESPECIALIDAD	<input type="text"/>
AÑOS DE PROFESION	<input type="text"/>
TRABAJA DENTRO DE LA INSTITUCION (ambulancia, domicilio no computa)	<input type="text"/>
AÑOS DE ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCION	<input type="text"/>
REALIZA GUARDIAS	SI <input type="text"/> NO <input type="text"/>
CANTIDAD DE GUARDIAS SEMANALES	<input type="text"/>

## CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0 = NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2 = UNA VEZ AL MES O MENOS.

3 = UNAS POCAS VECES AL MES. 4 = UNA VEZ A LA SEMANA. 5 = POCAS VECES A LA SEMANA.

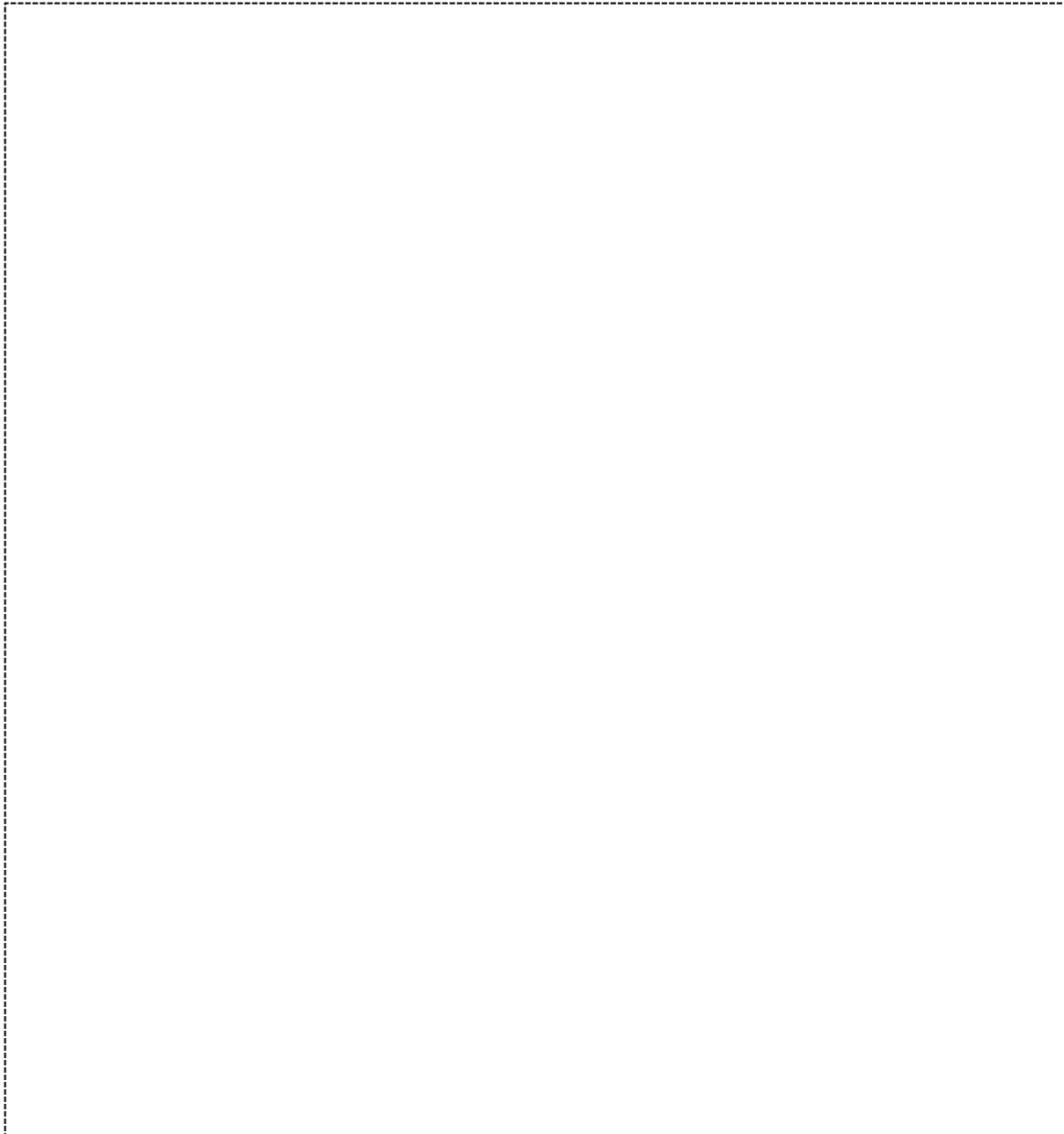
6 = TODOS LOS DIAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	

21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

## INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (CSI) ADAPTADO AL ESPAÑOL

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida laboral y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. **Debe ser en el lugar de trabajo.** Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba que ocurrió e incluya detalles como el lugar, quien o quienes estaban implicados, porque le dio importancia y que hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, solo escriba tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



De nuevo piense unos minutos en la situación estresante o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo maneja usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

**0= En absoluto; 1= Un poco; 2= Bastante; 3= Mucho; 4= Totalmente**

Esté seguro de que **responde a todas las frases** y de que **marca sólo un número** en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; solo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

1	Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité en ello demasiado	0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18	Me criticqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19	Analiqué mis sentimientos y simplemente los dejé salir	0 1 2 3 4

20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	<b>0 1 2 3 4</b>
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	<b>0 1 2 3 4</b>
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	<b>0 1 2 3 4</b>
23	Quitó importancia a la situación y no quise preocuparme más	<b>0 1 2 3 4</b>
24	Oculté lo que pensaba y sentía	<b>0 1 2 3 4</b>
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	<b>0 1 2 3 4</b>
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera	<b>0 1 2 3 4</b>
27	Dejé desahogar mis emociones	<b>0 1 2 3 4</b>
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	<b>0 1 2 3 4</b>
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	<b>0 1 2 3 4</b>
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal.	<b>0 1 2 3 4</b>
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	<b>0 1 2 3 4</b>
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	<b>0 1 2 3 4</b>
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	<b>0 1 2 3 4</b>
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	<b>0 1 2 3 4</b>
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	<b>0 1 2 3 4</b>
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	<b>0 1 2 3 4</b>
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	<b>0 1 2 3 4</b>
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	<b>0 1 2 3 4</b>
39	Evité pensar o hacer nada	<b>0 1 2 3 4</b>
40	Traté de ocultar mis sentimientos	<b>0 1 2 3 4</b>