



Facultad de Psicología y Ciencias Sociales

Trabajo Integrador Final

**Síndrome de Burnout y Resiliencia
en médicos de guardia del Gran Buenos Aires**

Alumno: González Siciliano Viviana Claudia

N° de Legajo: 14940

Fecha presentación: 29/11/2016

Índice

| | |
|---|-------------|
| Introducción..... | pág. 1 |
| CAPÍTULO 1 | |
| 1.1 El estrés y el síndrome de Burnout | pág. 2-5 |
| 1.2 Variables, desarrollo y consecuencias del Burnout..... | pág. 6-8 |
| 1.3 La Resiliencia | pág. 9-12 |
| CAPÍTULO 2 | |
| 2.1 Estudios empíricos sobre el Síndrome de Burnout..... | pág. 13-15 |
| 2.2 Estudios empíricos sobre la Resiliencia..... | pág. 16-17 |
| 2.3 Estudios empíricos sobre el síndrome de Burnout y la Resiliencia | pág. 18-19 |
| CAPÍTULO 3 | |
| 3.1 Planteamiento del problema, objetivos e hipótesis..... | pág. 20-22 |
| CAPÍTULO 4: Método | |
| 4.1 Diseño..... | pág. 23 |
| 4.2 Participantes..... | pág. 24 |
| 4.3 Técnicas de recolección de datos..... | pág. 24-25 |
| 4.4. Procedimiento..... | pág. 26 |
| CAPÍTULO 5: Resultados | |
| 5.1 Resultados de las dimensiones del síndrome de Burnout..... | pág. 27- 31 |
| 5.2 Resultados de la Resiliencia..... | pág. 32-33 |
| 5.3 Resultados de la correlación entre el síndrome de Burnout y la Resiliencia...pág. | 34-35 |
| CAPÍTULO 6: Discusión | pág. 36-41 |
| CAPÍTULO 7: Conclusión..... | pág. 42-43 |
| Referencias..... | pág. 44-49 |

Introducción

En nuestro país el término Burnout comienza entre profesionales que trabajan en terapia intensiva, aunque luego se ha podido detectar la aparición e incremento de este síndrome con la característica del contexto de siglo que nos toca vivir. Principalmente, son más vulnerables las personas que trabajaban durante largas horas en contacto directo con sus pacientes, siendo médicos y enfermeras (Maslach y Jackson, 1979).

En los últimos años hemos presenciado privatizaciones de obras sociales, sistemas prepagos, falta de presupuesto para salud, baja remuneración de profesionales que implica una devaluación de su trabajo, la cantidad de pacientes que deben atender, las exigencias a las que deben someterse, siendo factores que ayudan a que los estresores se multipliquen y faciliten la aparición del Burnout. Se destaca que en 1994 la Organización Mundial de la Salud reconoce que el Burnout se ha transformado en un grave problema enfrentado por los que cuidan la salud de las personas.

Recientemente Grau et. al. (2009) menciona que los departamentos de sociología y medicina de la universidad de Calgary publicaron en base a investigaciones de los últimos 15 años que el 25% y el 60% de los médicos padecen síntomas del síndrome. En España y Latinoamérica hasta el 36,3% afirma presentar dicho síndrome. El índice de suicidios dentro de la población de médicos es seis veces mayor a la población no médica. Los países con mayor prevalencia de Burnout en residentes son España y Argentina con valores que van de 14,9% a 14,4%.

Por otro lado, actualmente existe una tendencia hacia una mirada de lo positivo que se basa en las fortalezas y recursos del trabajador y en el funcionamiento organizacional óptimo que ofrezca respuestas a demandas emergentes en cuanto a los cambios que están aconteciendo en las sociedades modernas (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Desde esta mirada el mismo trabajo, que produce sufrimiento, puede tornarse fuente de realización.

Por lo tanto, resulta necesario y alentador analizar no sólo los riesgos laborales, sino también la Resiliencia entendida como las fortalezas que se aprenden en la adversidad, y que pueden emerger en el ambiente de los profesionales, para prevenir y aumentar el grado de bienestar (Piero, 1992).

CAPÍTULO 1

1.1 El estrés y el síndrome de Burnout

‘Estrés’ es un término ambiguo que tiene su origen en el estudio de la Física. En el siglo XVII Young definió el término ‘estrés’ como presión, para explicar la respuesta del objeto propia a su estructura, provocada por la fuerza aplicada. A partir de este momento comenzó a utilizarse la terminología científica de esta ciencia en otras como la Medicina y la Biología (Álvarez, 1989).

Desde la medicina, los primeros reportes del concepto comienzan en el siglo XX con el investigador norteamericano Walter Cannon, quien estudió en laboratorio la respuesta del animal ante una situación de amenaza. Este autor se refiere al término de estrés como un estado o reacción del organismo describiendo los mecanismos fisiológicos que intervienen en el mantenimiento de un equilibrio físico-químico del organismo, para lo que propuso el nombre de homeostasis, es decir, que describe qué respuesta fisiológica del estrés nos permite reaccionar ante la emergencia con todo nuestro físico, con el fin de lograr un proceso de adaptación frente a las demandas, con el objetivo de mantener la vida.

A mediados del siglo XX comienza a reconocerse la implicación del estrés en la vida del ser humano como posible generador de enfermedades a mediano y largo plazo. A partir de este momento se potencia el estudio del estrés con una metodología científica y un enfoque positivista. El pionero en este campo fue Selye (1946), quien describió con más detalle el proceso de adaptación de Canon y lo denominó Síndrome de Adaptación General. El autor definió el estrés como una respuesta inespecífica del organismo ante la percepción de una amenaza. La respuesta fisiológica queda una fase de alarma, donde el organismo se prepara para dar una respuesta, una fase de resistencia, donde aparecen los cambios específicos que permitirán enfrentarnos a la situación y la adaptación del organismo llega a un estado óptimo, y una fase de agotamiento, donde se produce un progresivo desgaste de la energía utilizada para hacer frente a la amenaza, donde el organismo abandona el proceso de adaptación y culmina en la enfermedad o muerte.

Siguiendo con esa línea, los científicos en el campo de la neuroendocrinología introdujeron una visión más amplia de la respuesta del estrés que incluye el concepto de

Alostatic, refiriéndose a “estabilidad a través del cambio” (Sterling y Eyer, 1988). Este modelo explica que todos los sistemas del ser humano interactúan para responder a las demandas ambientales. Pero si el exceso de demandas agota la capacidad alostática del organismo para mantenerse estable, produce un desgaste en las funciones de los sistemas ocasionando un estado de estrés crónico conceptualizado como carga alostática (McEwen y Wingfield, 2006) citado en (Moscoso y Monelete, 2009). Por lo tanto, la respuesta del organismo al estrés agudo es adaptativa, mientras que la respuesta al estrés crónico produce un desbalance que predispone al desarrollo de alteraciones físicas y mentales. Por ejemplo, el estrés crónico tiene una influencia directa en enfermedades cardiovasculares; como depresión, insomnio, y fatiga crónica causada por una reducción en los niveles de cortisol (MacPherson, Dinkel y Sapolski, 2005) citado en (Moscoso y Monelete, 2009).

Por otro lado, actualmente se han realizado investigaciones científicas acerca del estrés en seres humanos, demostrando la existencia de factores ambientales, culturales, estrato social, actitudinales, y rasgos de personalidad que cumplen un rol mediador y modulador en la respuesta fisiológica del estrés (Goldstein y Eisenhofer, 2000).

En el campo de la psiconeuroinmunoendocrinología se ha facilitado una nueva forma de pensar acerca de la importancia del ambiente social y de los estilos de vida como factores del impacto positivo o negativo en la salud física y mental. La salud es el resultado del proceso de comunicación multidireccional del cerebro (estresores percibidos), sistema nervioso autónomo, el sistema endocrino, y el sistema inmune (Taub, 2008) citado en (Moscoso y Monelete, 2009). Si bien desde el modelo se tiene en cuenta el factor genético, también describe la importancia de los factores ambientales en el proceso de enfermar (Venter, 2008) citado en (Moscoso y Monelete, 2009).

Por otro lado, desde la psicología una característica importante en la noción de estrés es el proceso de evaluación cognitiva descrita por Lazarus y Folkman (1984), quienes toman en cuenta la percepción por parte del individuo. Según los autores el estrés psicológico es originado por estresores externos o internos y el sujeto realiza una evaluación cognitiva; lo definen como la interacción entre una amenaza externa, la evaluación cognitiva de amenaza, y los recursos personales percibidos para enfrentar tal amenaza. Por lo tanto una persona puede vivenciar el estrés como un estado indeseable de preocupación, temor, y dificultad para manejar las situaciones o como un reto que motiva a la obtención de logros en la vida. En el primer caso, nos referimos a un estado negativo reconocido como distres

emocional (Moscoso, McCreary, Goldenfarb, Knapp y Rohr, 1999). Al modelo descrito por Lazarus y Folkman es importante integrar que la evaluación cognitiva por parte de un sujeto varía según de los rasgos de personalidad y la sensación de auto-eficacia percibida (Bandura, 1997), la experiencia previa con el estímulo, y nivel de apoyo social.

Los primeros investigadores interesados en la respuesta del estrés fijaron su interés en eventos estresantes universales, situaciones que afectan a la gran mayoría de personas, como situaciones de divorcio, encarcelamiento, exámenes académicos, pérdida de seres queridos, cuidadores permanente de familiares con discapacidad física y diagnóstico de enfermedades terminales (Spielberger y Moscoso, 1996; Moscoso y Manolete, 2009).

Cuando la percepción de amenaza se encuentra relacionada con la organización y la gestión del trabajo hablamos entonces de estrés laboral, es decir específicamente en el ámbito de trabajo. Según Lazarus y Folkman (1984) definen el estrés crónico como una relación particular que se establece entre el sujeto y el entorno que es evaluada por éste como amenazante y desbordante. Y lo diferencian del síndrome de Burnout o desgaste profesional, ya que este ocurre como consecuencia del estrés crónico y es cuando la persona se percibe totalmente agotada, exhausta, desbordada, como consecuencia de un proceso de desgaste. Se utiliza la palabra desgaste profesional como adaptación al español del significado de la palabra Burnout.

Freudenberger (1974), psicólogo clínico de EE.UU definió por primera vez Burnout o estar quemado como consecuencia de la observación sobre muchos voluntarios que trabajaban en Nueva York con él en una institución de cuidados de salud, quienes luego de un año de trabajar comenzaron a percibir de forma progresiva, cansancio emocional, pérdida de motivación, compromiso laboral y una variedad de síntomas, tanto físicos como mentales. A través de esta observación comenzó el interés por el estudio de los profesionales de la salud en situaciones estresantes y se empezó a describir el proceso que lleva a la condición de estar quemado. El proceso de quemarse se refiere a un proceso donde el compromiso laboral y el interés de los trabajadores por los pacientes se agota y la dedicación es sustituida por apatía y la consideración por cinismo.

Al mismo tiempo Maslach, realizó una investigación de psicología social, en la cual estudió las formas de afrontamiento con la activación emocional en el trabajo. Aquí se utilizó el término Burnout para referirse a la conducta laboral inadecuada de la gente. Como

resultado de las investigaciones, los estudios se centraron en el campo de ocupaciones orientadas a las profesiones de ayuda, como la salud mental y la educación en particular enfermeros, docentes, bomberos, policías, trabajadores sociales, así como características psicosociales que indican (Maslach y Jackson, 1979, 1982, 1984). Desde la perspectiva social Maslach y Jackson (1979), definen el síndrome “Estar quemado”, como un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y escasa realización personal que puede darse entre individuos que trabajan con personas; este síndrome puede llevar a un deterioro en la calidad de la asistencia y/o de los servicios brindados. A partir de aquí, el síndrome es una respuesta inadecuada a un estrés crónico.

Pines y Aronson (1998) proponen una definición más amplia, no se restringen solamente a las profesiones de ayuda, si no que lo describen como un estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en condiciones de demandas emocionales. A pesar que el término tiene más de veinte años, como menciona García y Velandrino (1992), aun no tiene una definición unánime aceptable por los investigadores. Algunos investigadores igualan Burnout con estrés; aunque es resaltable que la mayoría subraya como relevante que es un síndrome que tiene manifestaciones de síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro personal (Maslach y Jackson, 1982), agotamiento físico, mental y emocional (Pines y Aronson, 1998). Por lo tanto, no existe una definición aceptada de forma universal. Sin embargo el Burnout se caracteriza por ser un síndrome de carácter crónico y por ser una respuesta al estrés laboral característico de las profesiones de ayuda.

En cuanto a los diferentes niveles de análisis y explicaciones del fenómeno; por un lado varios autores como Freudenberg (1974) ven al síndrome como una entidad clínica, individual, clasificándola por sus síntomas, etiología y diagnóstico diferencial. Dando importancia a variables socio demográficas, como la edad, el género, tipo de personalidad y características de la formación profesional. Por otro lado, otros autores como Zaldúa Lodieu y Koloditzky (2000), adoptaron una postura psicosocial, considerando el síndrome de quemarse en el trabajo como un proceso y le otorgan relevancia a los elementos laborales, políticos, organizacionales y socioeconómicos. Estos autores consideran el síndrome como una falta de realización personal, agotamiento y despersonalización en relación con las condiciones de trabajo y las políticas asociadas.

Como mencionamos, el síndrome es tridimensional, caracterizado por el agotamiento personal, despersonalización y reducción de la realización personal descrito por (Maslach y Jackson, 1979). El agotamiento emocional está caracterizado por el desgaste, fatiga, tanto física como mental. El sujeto trabajador tiene la sensación de que ya no puede dar más que ofrecer profesionalmente, y experimenta estar emocionalmente agotado frente al contacto diario y el constante mantenimiento con personas a quienes atiende. La despersonalización, se caracteriza por el desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo hacia las personas que son objetos de trabajo. Se desarrolla una mirada deshumanizada de las personas con incremento de irritabilidad. Y la falta de realización personal en el trabajo, es comprendida como una tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y esta evaluación negativa afecta su propia habilidad de realizar el trabajo y la relación con las personas que atiende, ya que suelen percibirse insatisfechos con sus resultados laborales (Gil y Peiro, 1997; Duque y Pérez, 2007; Zaldúa et al. 2000).

1.2 Variables, desarrollo y consecuencias del Burnout

Con respecto a los estresores que anteceden al síndrome Gil y Peiro (1997), expresaron que el síndrome está conformado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. También destacan que los profesionales de salud, educación y trabajadores sociales tienen tendencia a desarrollar el síndrome al ser profesiones en las que indiquen estresores como: poco personal, sobrecarga laboral, tratos problemáticos con los usuarios, en algunas de ellas contacto con la enfermedad, el dolor y la finitud de la vida, así como también falta de autonomía. Con respecto a los profesionales de la salud, son más propensos los trabajadores de los servicios de urgencias se enfrentan a presiones y exigencias físicas y emocionales en el vínculo con los pacientes, los turnos rotativos, sobrecarga laboral, fatiga, y exceso de responsabilidades.

Por otro lado, Gil y Jiménez (2007), elaboraron una clasificación para ordenar las variables que intervienen en el desarrollo del Burnout tomando como referencia el modelo sistémico de la organización y agrupándolas en tres sistemas antecedentes del síndrome: vinculado a las características tecnológicas de la organización, a las interpersonales y a los antecedentes de carácter individual. Por lo que se refiere a los primeros, las transformaciones socioeconómicas y el mercado laboral han producido un incremento de servicios, así como el advenimiento de nuevas formas de trabajo que demandan trabajar más tiempo, y además una

mayor implicación con los sujetos en los trabajos; un ejemplo de ello en el marco médico asistencial, donde los médicos residentes que trabajan 36 ó 48 horas podrían cometer errores debido a la fatiga.

En segundo lugar, en relación al nivel de interacción social Gil y Jiménez (2007), refieren que se relaciona con la calidad de las relaciones interpersonales que se dan en un contexto social de la organización, como ser, los conflictos interpersonales. Por último, la variable que se refiere al sistema personal, donde se incluyen los aspectos de la motivación para la ayuda y el nivel de idealismo existente sobre la profesión. También la edad del trabajador está relacionada con su antigüedad laboral, por lo que a una mayor edad permite tener una formación más adecuada al puesto de trabajo, mientras que una inadecuada formación puede crear mayor estrés. Por otro lado, un tipo de personalidad competitivo y autoexigente o aquellos trabajadores que se implican demasiado emocionalmente pueden tener más riesgo de padecerlo.

En cuando al proceso de desarrollo del síndrome de Burnout Maslach y Jackson (1982), conceptualizan tres fases del síndrome. En primera fase el cansancio emocional, en segunda la despersonalización, y tercera abandono de realización personal. Las dos primeras sobrevienen luego de haber intentado modificar la situación estresante, habiendo fracasado ante el estrés. Por lo cual la actividad laboral se convierte en poco atractivo. Aparecen sentimientos de aburrimiento y tedio. Estos autores consideran que la despersonalización es la consecuencia del fracaso frente al cansancio emocional y también la defensa del sujeto para protegerse frente al sentimientos de impotencia. El abandono de la realización personal ocurre cuando el trabajo en sí mismo pierde valor que tenía para el sujeto. Este proceso resulta como fracaso previo de modificar factores personales e institucionales.

Siguiendo con el desarrollo del síndrome Zaldúa y Lodeu (2000), identificaron que el proceso de Burnout ocurre en cuatro fases. Una etapa de idealismo en la cual el sujeto posee altos niveles de energía en el trabajo, con expectativas pocas realistas. El sujeto se involucra demasiado, produciendo una sobrecarga de trabajo. Se produce un desequilibrio entre la recompensa y el esfuerzo y al no lograr las expectativas, intenta esforzarse más sin éxito. Esto le genera desilusión que hace que pase a la etapa de estancamiento, en la cual realiza una disminución de las actividades, pierde el idealismo. Luego sobreviene la etapa de apatía y frustración, siendo la misma la fase central del síndrome. En la misma la frustración

hace que el sujeto paralice la actividad laboral, desarrollando falta de interés. En esta etapa comienzan a emerger problemas emocionales, conductuales y síntomas físicos. La respuesta más común en esta fase es la retirada, se evita el contacto con compañeros, comienzan los ausentismos en el ámbito laboral. Esta etapa ocurre cuando la persona se siente crónicamente frustrada, con un sentimiento de vacío que se ve manifestado en la sensación de desvalorización profesional.

Por otro lado, en relación a las consecuencias del síndrome Gil y Piero (1997) clasificó las consecuencias en dos grupos. En un grupo las consecuencias para el individuo y en el otro grupo para la organización. En el individuo encontramos manifestaciones psicósomáticas tales como, palpitaciones, hipertensión, crisis asmáticas, aparición de alergias, dolor cervical y de espalda, insomnio. También señalan como consecuencias relevantes el deterioro entre las personas en la esfera laboral. Y en relación a las consecuencias para la organización, tales son: la insatisfacción laboral, el ausentismo, el deterioro de la calidad del servicio de la organización y la propensión al abandono de la misma. Ampliando lo anterior según Carri y Trjtenberg (2007) citado en (Atance, 1997), entre las consecuencias encuentran problemas interpersonales, individuales y conductuales. Dentro de los interpersonales agrega en deterioro de la vida social y familiar, y en los individuales, los trastornos psicológicos como ansiedad y depresión. En las conductuales encontramos, evitación de responsabilidades y aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

Retomando el proceso de desgaste Gil y Piero (1997), categorizan como relevante los modelos explicativos, como el grupo de modelos teóricos que engloba la Teoría Sociocognitiva del Yo. Dentro de este modelo se destaca el modelo de competencia social de Harrison (1982), en el Pines (1993), y Cherniss (1993), quienes ponen el énfasis en las variables de tipo individual o personal del Self como determinadas cogniciones y su influencia en la manera de percibir la realidad, como la causa y moduladores relevantes a la hora de explicar el desarrollo del síndrome. El modelo de Pines (1993), plantea que el desarrollo del Burnout se desarrolla cuando el trabajador deposita la búsqueda de su sentido existencial y después fracasa. También asegura que solo llegan a sufrir el síndrome quienes presentan altas expectativas y motivación para el trabajo, llevando a desarrollar altas expectativas frustradas. Y dentro de las variables individuales más estudiadas están, el género, el sexo, el estado civil, la autoeficacia y el tipo de afrontamiento; y actualmente se comenzó a

Incluir la Resiliencia, como un importante papel protector frente al surgimiento de este cuadro de desgaste profesional (Gil y Peiro, 1997).

1.3 La Resiliencia

El concepto de Resiliencia tiene como origen etimológico la palabra latina “resilio” que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar (Becoña, 2006). El término se usa, también, en el campo de la física y se refiere a la capacidad que tienen los cuerpos para volver a su forma original luego de haber sufrido deformaciones producto de la fuerza.

En el campo de la Psicología cobra importancia por el esfuerzo de conocer la etiología y desarrollo psicopático de los niños en riesgo de desarrollar psicopatologías debido a: enfermedades de los padres, problemas perinatales, conflictos ambientales, pobreza y la combinación de ellos (Cicchetti, 2003) citado en (Rodríguez, Pereyra, Gil, Jofré, De Bortoli, y Labiano, 2009). El concepto de Resiliencia aplicado a la psicología, fue utilizado por primera vez por Bowlby (1980), quien la describe como cualidad de la persona que no se desanima, que no se deja abatir.

Desde finales del Siglo XX hasta la fecha, la investigación sobre Resiliencia se ha focalizado en poblaciones de la infancia, la adolescencia, y crecientemente en población adulta, con diferentes variables, por ejemplo, personas en extrema pobreza (Cleland, Ball, Salmon, Timperio y Crawford, 2010), sobrevivientes de terrorismo (Bonanno, Galea, Bucciarelli y Vlahov, 2006), soldados veteranos de la guerra del Golfo (Vythilingam et al. 2009), sobrevivientes de desastres naturales (Lee, Shen y Tran, 2009) personas de la tercera edad (Nygren et al., 2005) y cuidadores de enfermos crónicos (Chappell y Dujela, 2008).

Y recientemente en los últimos diez años algunas investigaciones cualitativas han mostrado una relación entre Resiliencia y Burnout (Edward, 2005; Howard y Johnson, 2004).

Retomando el concepto de Resiliencia Masten (1999) citado en (Becoña, 2006) la define como un rasgo global de la personalidad que le permite a la persona adaptarse en su vida. Análogamente Balrtelt (1996) citado en (Becoña, 2006) la considera como un rasgo psicológico, pero más específicamente como un componente del self que capacita para el éxito en condiciones de adversidad, y que puede ser desgastado o reforzado por la adversidad.

Por otro lado, Richarson, Neieger y Kumpfer (1990) citado en (Becoña, 2006) la entienden como el proceso de afrontamiento ante eventos estresantes, de modo que proporciona al sujeto mayor habilidades de afrontamiento que las que tenía previa a la ruptura de ese evento. En contraste con lo anterior Luthar y Zelano (2003) sugieren la Resiliencia no debe tomarse como rasgo individual, ya que de esa forma se ignoran los factores contextuales. Recientemente para Luthar, Cichetti y Becker (2000) la Resiliencia se refiere a un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa. Y de modo semejante Master y Powell (2003) citado en (Becoña, 2006) la definen como patrones de adaptación positiva en el contexto de adversidades significativas.

Actualmente no hay una definición única y universal del constructo; sin embargo la mayoría coincide en que la Resiliencia puede variar a lo largo de la vida, y manifestarse en conductas y patrones del sujeto, teniendo en cuenta el contexto. Una definición que se continua utilizando es de Grotberg (1998) quien la define como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superándolas y transformándose positivamente debido a ellas. Y más recientemente para González y Valdez (2013), la Resiliencia supone un constructo dinámico que involucra la interacción entre los procesos de riesgo y de protección tanto a nivel interno como externo que pone en marcha el individuo para combatir los efectos adversos a los que se enfrenta para superar el riesgo a lo largo del ciclo vital

Desde el estudio científico los autores que construyeron una escala son Wagnild y Young (1993). La mencionada escala fue diseñada para identificar cualidades personales que benefician la adaptación individual resiliente. Los autores la definieron como una característica positiva de la personalidad que favorece la adaptación de forma individual. Encontraron dos factores, por un lado, la competencia personal entendida como el reconocimiento de factores de capacidad personal, independencia, dominio, perseverancia, habilidad; y por otro lado, aceptación de sí mismo y de la vida como sinónimo de adaptación y flexibilidad. El primer factor está compuesto por 17 ítems y el segundo por 8. Ambos factores describen la base de la resiliencia tomando en consideración las siguientes características de resiliencia: autoconfianza, satisfacción personal, perseverancia, soledad existencial y ecuanimidad como pertenecientes a la resiliencia.

Por un lado, la ecuanimidad es considerada como la mirada equilibrada entre la propia vida y experiencias; incluye la habilidad de ver un amplio campo de experiencia. La

perseverancia, se comprende como la conducta persistencia aun ante la adversidad, implica el deseo de continuar y la práctica de la autodisciplina. La Confianza en sí mismo, es la creencia en uno, así como de las propias capacidades que se tienen y como la habilidad de reconocer las fortalezas y las propias limitaciones. La satisfacción personal se refiere a la capacidad de otorgar un significado a la vida y evaluar la relación entre el dar y el recibir. Por último, el sentirse bien solo se refiere a la capacidad de sentirse libre, de afrontar solos aquellas adversidades de la vida que tiene que cumplir uno mismo, como propio proyecto.

La Resiliencia se ha investigado en relación con las personas, a los grupos y las organizaciones, de modo que se habla de familias resilientes, profesionales resilientes u organizaciones resilientes (Edward, 2005; Salanova, 2009).

Desde la psicología positiva Seligman (1999) se centra en lo positivo del ser humano, y no en la psicopatología, como se centraba la psicología clínica. Cabe destacar que mientras que la Resiliencia analiza las enfermedades, situaciones adversas y patologías, y como de ellas se sacan todos los recursos positivos para superarlos; en este punto se encontraría en convergencia con la psicología positiva, centrándose en lo positivo desde un enfoque de promoción, prevención e intervención positivos (Remor, 2008; Taylor, 2007). La psicología positiva trata de preponderar al igual que la resiliencia los factores protectores (Pan y Chan, 2007) ya que es una variable moduladora y amortiguadora de la salud (Brix et. al. 2008).

Bonanno (2004) considera que hay muchas rutas para alcanzarla, un ejemplo podría ser los programas de intervención con enfermos crónicos y resiliencia, aunque éstos son muy pocos, han demostrado que este constructo puede ser potenciado favoreciendo la salud mental y física de los involucrados. Esto implica un campo importante para la investigación. Desde esta mirada la Resiliencia es la capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse, y salir fortalecido con éxito y de desarrollar competencia social, académica y vocacional, pese a estar expuesto a un estrés psicosocial grave (Csikszentmihalyi, 1999; Grotberg, 1995).

Los profesionales que están en continuo contacto con el sufrimiento, sometidos a una elevada presión, con cambios de horarios y contexto laboral constantes, estas condiciones, hacen que el clima sea desagradable, por lo que su resistencia puede verse comprometida (Ma, Samuels, y Alexander, 2003). En este contexto la psicología positiva también es importante en el ámbito laboral, donde se está prestando mayor atención a los estados

positivos de la persona, a su buen ajuste y rendimiento en el trabajo, y no sólo a sus disfunciones (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), como es el caso del constructo Burnout (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). La Resiliencia podría modular los efectos del estrés. Dadas estas circunstancias, podemos decir que la Resiliencia se convierte en una característica psicológica, esencial para el desarrollo y el mantenimiento del bienestar laboral de los profesionales de la salud (Jackson, Firtko, & Edenborough, 2007).

Recientemente, un modelo que explica el desarrollo de la resiliencia es el de Fergus y Zimmarman (2005) citado en (Becoña, 2006) quienes definen la resiliencia como un proceso en el cual se logran superar los efectos negativos a la exposición de adversidades. Es un proceso dinámico que implica una interacción entre factores de protección y de riesgo, que pueden ser interno o externos al sujeto, que actúan para modificar los efectos de un evento adverso. Es decir, en presencia de factores de riesgo, unos sujetos pudieran quemarse, en cambio, otros aprenden a desarrollar estrategias activas que mitigan los efectos del riesgo. Por lo tanto resulta importante evaluar la Resiliencia como un constructo formado de fortalezas y atributos personales, que reduce la vulnerabilidad del sujeto frente a las situaciones de riesgo. Si bien es destacable la poca investigación del constructo Resiliencia en población medica, un ejemplo de ello es un estudio Menezes, Fernández, Hernández, Ramos, y Contador (2006), quienes encontraron que los cuidadores más profesionales más resilientes no llegaban a quemarse, sino que lograban mayores habilidades y competencias de compromiso laboral, y en la medida que reforzaban estos atributos, mitigaban la vulnerabilidad al Burnout.

CAPÍTULO 2

2.1 Estudios empíricos sobre el Síndrome de Burnout

Dentro las investigaciones Europeas encontramos a Caceres Bermejo (2006), quien realizó un estudio transversal descriptivo del síndrome de Burnout en 593 médicos y enfermeros militares de Madrid. El 83,4% eran hombres y el 16,35% mujeres. El 75,21% eran médicos y el 34,78% enfermeros. Se utilizó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Como resultado se concluyó que el 59% presentó niveles elevados y un 23% niveles medios del síndrome. Se encontraron niveles altos de cansancio emocional en un 39% en los encuestados y un 35% en despersonalización y falta de realización personal.

Dentro de las investigaciones latinoamericanas encontramos la de Gamonal, García y Silva (2008) quienes realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal. Su objetivo fue determinar el síndrome de Burnout en enfermeras de unidades críticas. La muestra estuvo compuesta por 132 profesionales. Como criterio de inclusión, desempeñar labor asistencial en alguna área crítica en los últimos tres meses. Se utilizó el cuestionario MBI validado en el Perú. Como resultado se concluyó que el 78,1% presentó tendencia a síndrome de Burnout predominando el nivel bajo en todas las dimensiones, despersonalización 80,0%, cansancio emocional 66,7% y realización personal 65,7%. Como conclusión se arribó que hay una elevada tendencia a presentar síndrome de Burnout con una baja realización personal en todas las áreas críticas.

Siguiendo con los estudios y con el objetivo de relacionar factores ambientales, culturales y personales con la aparición del síndrome de Burnout Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009), realizaron un estudio en donde compararon la prevalencia de Burnout entre profesionales sanitarios de países de habla hispana y exploraron su asociación con las características. Utilizaron una muestra de 11.530 profesionales (51% varones, edad media de 41,7 años). Se utilizó el Maslach Burnout Inventory y un cuestionario vía online desde el portal Intramed. Como resultados la prevalencia de Burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%. Entre los médicos el Burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%). Como resultado arribaron que la

prevalencia del burnout es mayor en España y Argentina y los profesionales que más lo padecen son los médicos de urgencia al igual que los estudios de (Gamonal, García y Silva 2008) con una muestra de enfermedad en Perú.

Continuando con las investigamos latinoamericanas y con el objetivo de evaluar la prevalencia del síndrome de Burnout en una muestra de enfermeros Rodríguez, Oviedo, Vargas, Hernández y Pérez (2009), realizaron un estudio descriptivo acerca de la prevalencia del síndrome del Burnout en 122 enfermeros de dos hospitales de México, siendo 61 enfermeros de cada hospital. Se aplicó la escala de Maslach de 1986 (Leiter y Maslach, 2005), adaptado a México por Modero y otros (1991). Además se agregó un cuestionario que permite obtener información socio demográfica de los encuestados, como edad, turno, servicio, antigüedad, estado civil, entre otros. Como resultado hallaron un alto nivel del síndrome de Burnout, con una prevalencia del 27% en un hospital y el 24% en otro. Además destacaron que los principales factores del síndrome fueron el turno, el servicio, ausentismo y gravedad del paciente.

Prosiguiendo con la misma línea anterior Ortega Herrera, Ortiz Vioronel y Coronel (2007), realizaron un estudio descriptivo, transversal y correlacional en una muestra de 119 profesionales de la salud, compuesta por 61 enfermeros y 58 médicos , de diferentes servicios y turno en un centro estatal de cancerología de México. En la misma el 56% eran mujeres, de edad promedio de 40 años. Utilizaron el cuestionario de variables socio demográficas (edad, sexo), características laborales tipo (profesión, turno, antigüedad, tipo de contrato), el MBI y el Inventario de Puntos de Vista Personales, que evalúan la personalidad resistente. Como resultado el 36% padecía nivel alto medio de burnout, en el cual los enfermeros eran más afectados en comparación a los médicos. Además se concluyó que los encuestados de sexo femenino mostraron un mayor nivel de Burnout en comparación con el sexo masculino. Aparte señalan que a mayor presencia de síndrome de burnout mostraban menor personalidad resistente.

Por otra parte, buscando identificar las diferencias entre sexo con el Síndrome de burnout y sus repercusiones en la salud en los médicos familiares de dos instituciones de salud en México Beltran (2006) realizó un estudio transversal retrospectivo. Se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales y el Maslach Burnout Inventory (MBI). Como resultado el total de la población encuestada en ambas instituciones 154 (78.2%), las mujeres conforman el 37.1%(73) y los hombres el 62.9%(78) sujetos. La prevalencia del

síndrome de burnout es del 41.8%, 28 mujeres y 54 hombres. La dimensión "agotamiento emocional" es la más vulnerable en ambos sexos. De los 92 médicos familiares con síndrome de burnout, 17 mujeres de 28 (77.3%) y 23 hombres de 54 (57.5%) presentaron alguna molestia y/o enfermedad en los últimos seis meses.

Un antecedente directo en el estudio del síndrome de Burnout en profesionales de la salud, en nuestro país es el de Zaldua y Lodieu (2000), en profesionales de salud de Hospitales Públicos. Ellos realizaron una investigación en la cual combinaron técnicas cualitativas y cuantitativas, buscando evaluar el síndrome de burnout y la relación con los factores demográficos. Utilizaron el CBB, Cuestionario Breve de Burnout. Para ello utilizaron un estudio transversal. Los resultados indicaron que el 10,7% de los profesionales padecían el síndrome, de los cuales el 76,5% eran médicos y el 23,5% enfermeros. Como resultado concluyeron que el estrés crónico laboral se debe en primer lugar a las características propias del trabajo asistencial, contacto, duradero con el dolor, la muerte y la sobrecarga laboral.

Otro estudio reciente es el de Galvána et. al. (2012), quien con el objetivo de analizar la situación del recurso humano en las UCIP de Argentina y medir el grado de agotamiento profesional realizaron un estudio transversal, mediante la administración de encuestas vía electrónica; se usó el cuestionario MBI. La muestra estuvo compuesta por 162 médicos terapeutas pediátricos de guardia del sector público o privado de la Argentina. Como resultados presentaron alto riesgo de Burnout en agotamiento emocional 40 terapeutas (25%), en realización personal 9 (6%) y en despersonalización 31 (19%). Resultaron factores protectores e independientes de este riesgo estar certificado en la especialidad, mientras que hacer más de 36 h/semana de guardia aumentó el riesgo. El 31% afirmó que no planeaba continuar con actividad en cuidados intensivos y 86% no pensaban continuar con guardias en los siguientes años y se observa que aquellos con hijos y más antigüedad en la profesión tuvieron menor riesgo; por el contrario, ser soltero se asoció con mayor riesgo. Como conclusiones un porcentaje significativo de médicos que trabajan en las UCIP de la Argentina tienen alto riesgo de Burnout y baja expectativa de continuar.

2.2 Estudios empíricos sobre la Resiliencia

Uno de los primeros antecedentes fue el estudio longitudinal desarrollado por Werner y Smith (1955) citado en (Rodríguez et. al. 2009) en el que estudiaron a lo largo de 30 años un cohorte de 698 niños nacidos en las Islas Kauai, Hawai en condiciones desfavorables. En el mismo se encontró que el 80% de esta muestra no presentaban comportamientos psicopatológicos de adultos, sino que eran personas optimistas, de visión positiva, adaptados, competentes e integrados a su contexto social. Cabe destacar que estos niños si bien tuvieron situaciones de vida adversas, también tuvieron familias con un funcionamiento adecuado, fuente de apoyo externo.

Por otro lado, con el propósito de estudiar las propiedades psicométricas de la ER en la población argentina Rodríguez et. al. (2009) realizaron una investigación empírica para la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad de San Luis, con el objetivo de indagar la validez y confiabilidad de una versión argentina de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young de 1993 realizándose la traducción y adaptación al español. Los autores definieron la resiliencia como la capacidad humana que permite hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado por ellas. Se aplicó a una muestra de 222 personas, compuesta por hombres y mujeres con un rango de edad de 18 a 70 años (68% mujeres; 32% hombres), pertenecientes a las provincias de San Luis, Mendoza y La Pampa. Como resultado se confluó que al comparar los puntajes medios obtenidos por hombres y mujeres en la ER no se encontraron diferencias significativas entre sexos. Sin embargo, sí se encontraron diferencias entre sexos en el factor 1 de la ER, mostrando los varones mayor puntaje que las mujeres. Los resultados obtenidos son concordantes con los de Lundman, Strandberg, Eisemann, Gustafson y Brulin (2006). Si bien Wagnild y Young (1993) crearon la ER en una muestra estrictamente femenina, los resultados obtenidos en este estudio permiten afirmar que la resiliencia es una capacidad que se puede desarrollar en cualquier persona sin importar el sexo. Esta escala traducida al español en Argentina posee propiedades psicométricas aceptables para su uso en nuestro país.

Continuando con la línea de estudios sobre la resiliencia, en España, Fernández, Crespo, Cáceres, Rodríguez (2012) la evaluaron en 53 cuidadores no profesionales de personas con demencia. La mayoría eran mujeres (66%), cónyuges (54,7%) e hijas (37,7%) de la persona cuidada, estaban casadas o en pareja (83%). Pocos cuidadores carecían de estudios (3,8%), aunque un alto porcentaje (30,2%) había completado la educación primaria. Se establecieron relaciones entre resiliencia y variables (contexto del cuidado, estresores, valoración de los estresores y consecuencias del cuidador). Como resultado los participantes alcanzaron puntuaciones moderadas en resiliencia, llegando un 24,5% a altos niveles de resiliencia. La resiliencia se asoció de manera significativa a un peor estado emocional y físico del cuidador. Puntuaciones altas en resiliencia correlacionaron significativamente con sobrecarga, niveles de neuroticismo y extraversión, percepción de autoeficacia y autoestima. Como conclusión arribaron que una mayor resiliencia se asocia a un mayor estado emocional y físico de los cuidadores.

Otro estudio empírico reciente realizado en España es el de Méndez et. al. (2015), quienes tuvieron como objetivo analizar la capacidad de resiliencia en trabajadores y en residentes de un centro de personas mayores en función de las características sociodemográficas (sexo, edad y estado civil) tras la situación adversa por el terremoto ocurrido, el Lorca en mayo del 2011. Se utilizó la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). La muestra se compuso por 20 trabajadores y 34 personas mayores institucionalizadas en Murcia (Lorca). La edad media de las personas mayores fue de 81 años y para profesionales de 37.85 años. En cuanto al sexo, el 22.2% eran hombres (siendo el 20.4% de residentes) y el 77.8% mujeres (42.6% de residentes). En lo que respecta a los cuidadores profesionales, 45% enfermería; 25% de trabajo social; el 10% personal. Como resultado, en cuanto al sexo no se obtuvieron diferencias de medias significativas. Si bien es cierto que entre las personas mayores la media de los hombres fue superior a la media de las mujeres. Estos resultados están en concordancia con lo aportado por González y Valdez (2013). No se encontraron diferencias significativas entre el estado civil de los residentes ni en el estado civil de los trabajadores y los factores de resiliencia. La resiliencia ha mostrado estar presente tanto en los cuidadores profesionales como en las personas mayores lo que permite enfrentarse a situaciones adversas como por ejemplo, el terremoto de Lorca.

2.3 Estudios empíricos sobre el síndrome de Burnout y la Resiliencia

Buscando explorar en profundidad la relación entre Resiliencia y aspectos mentales negativos y positivos del bienestar psicológico (Burnout-Engagement) en Cuidadores Formales de Ancianos Menezes, Fernández, Hernández, Ramos y Castillo (2006) realizaron un estudio cuantitativo y descriptivo. La muestra se conformó por 265 cuidadores de diversas instituciones geriátricas de España, de los cuales 223 trabajadores eran mujeres (84,2%) y 38 hombres (14,3%). La edad media fue de 40,05 años, el 86,2% convive con pareja. La antigüedad en el trabajo es de 11,71 años. Los instrumentos utilizados fueron: Connor-Davidson Resilience Scale, Maslach Burnout Inventory-General Survey y Utrecht Work Engagement Scale. Los datos se recogieron entre los meses de enero y junio de 2005. Los hallazgos más significativos demuestran que los cuidadores con altas puntuaciones en Resiliencia, frente a los de bajas puntuaciones, obtuvieron mayores niveles de eficacia y compromiso laboral (Engagement), además exteriorizaron menor agotamiento emocional y cinismo. No se puede concluir que los cuidadores más resilientes no llegan a quemarse (Burnout), sino que logran mayores habilidades (dedicación), y ello disminuye la vulnerabilidad al Burnout. Como resultado se concluyó que los cuidadores con baja Resiliencia parecen sufrir mayor agotamiento y actitudes de indiferencia en el trabajo y los sujetos con alta Resiliencia logran mayor Engagement, lo cual reduce su vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo laboral, como por ejemplo el Síndrome de Burnout.

Otro estudio que se encargó de analizar el vínculo entre ambas variables, síndrome de Burnout y Resiliencia, es el realizado por Ríos, Carrillo, De los Ángeles y Tébar (2012). El mismo tuvo como objetivos determinar los niveles de resiliencia y síndrome de burnout en estudiantes de enfermería, así como analizar la relación existente entre ambas variables y el perfil sociodemográfico. La muestra estuvo constituida por 218 estudiantes de segundo grado de enfermería en Murcia. Los instrumentos utilizados fueron: un cuestionario elaborado ad hoc de variables sociodemográficas, la adaptación española del Inventario de Burnout de Maslach (MBI-GS) y la escala Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Los resultados mostraron un nivel alto de cansancio emocional en el 28% de la muestra, y un nivel alto de cinismo en el 19,7%. Además, se encontró que existe una relación significativa entre la resiliencia y el síndrome de burnout en la muestra de estudiantes analizada Resiliencia-Cansancio emocional=-0.25; r Resiliencia-Realización personal/eficacia=0.52). Como

conclusión destacaron que aquellos estudiantes con mayor nivel de resiliencia experimentaron un menor cansancio emocional y una mayor realización personal.

Un antecedente directo de nuestro país de corte transversal, descriptiva es la de Molina Collon (2013). Con el objetivo de indagar la relación entre Resiliencia y Burnout en trabajadores de urgencias médicas. La muestra estuvo compuesta por 160 trabajadores del Servicio de Urgencias del Hospital Rawson, de San Juan, Argentina. Los instrumentos utilizados fueron: Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC, 2003), MBI Health Services Survey (MBI-HSS), versión española, diseñado específicamente para evaluar burnout en cuidadores de la salud (Maslach et al., 1996). y Cuestionario ad-hoc. Cada uno de los participantes fue entrevistado de manera personal. Los datos se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS 20.0. Como resultado la prevalencia del SB fue de 11.3 %, es decir que 18 personas de las 160 entrevistadas cumplen el criterio de alto CE, alta DP y baja RP. La distribución es la siguiente: médicos de guardia (N=4); enfermeras (N=7); médicos residentes (N=5); Jefe de guardia (N=1) y enfermero circulante (N=1). Considerando por separado cada una de las dimensiones del SB encontramos 50% de la muestra con CE alto; 51% con DP alta y 50% con baja RP. Con el propósito de ver las relaciones entre R y las dimensiones del MBI se analizan las correlaciones entre ellas, mediante el coeficiente de correlación de Pearson. A mayor R, le corresponde menor cansancio ($r = -0.295$) y una mayor realización personal ($r = 0.374$) en ambos casos con r significativamente diferente de cero. La prueba de Chi Cuadrado arroja $p \text{ value} = 0.002$. Es decir que hay diferencia significativa, o bien, presentan un buen grado de asociación R con CE. A valores altos de CE le corresponden una cantidad de trabajadores (N=34) con valores bajos en R, en tanto que para valores altos de R, hay menor número de profesionales con CE(N=16). Es destacable que los trabajadores con alta resiliencia tienen poco cansancio emocional. A partir de este resultado, la Resiliencia actúa como una excelente protección frente al cansancio emocional, que, y tal como lo afirmara la creadora del MBI, constituye, junto a la despersonalización, el propio corazón del burnout, y su presencia en altos niveles, se convierte en un predictor del Burnout en la población estudiada. Los resultados más relevantes muestran un efecto protector de la Resiliencia sobre el Cansancio Emocional y la Realización Personal.

CAPÍTULO 3

3.1 Planteo del problema

El síndrome del quemado definido por Freudenbergger en 1974 como conjunto de síntomas médicos y psicosociales inespecíficos, desarrollados en la actividad laboral, a causa de una demanda excesiva de energía. Zaldúa y Lodieu (2000) lo caracterizan por la presencia de fatiga emocional, la despersonalización y sensación de bajo logro personal a los síntomas que aparecen como respuesta a la tensión crónica. Por lo cual en los últimos años se ha generado gran interés por la investigación relacionada con el síndrome de Burnout debido a la vida actual en la cual se vive en los países desarrollados, lo que obliga a un estilo de vida estresante en los ámbitos laborales.

Además constituye un problema de salud pública que continúa en aumento y no sólo repercute en la salud de los profesionales de la sanidad, sino también en la calidad asistencial, es decir que influye de manera que deteriora la relación médico-paciente y también implicaría alto costos, tanto sociales como económicos. Diversos estudios ponen en evidencia la alta prevalencia del síndrome en los profesionales de sanidad, tanto en Argentina como en otros países (Grau et. al. 2009). El sistema de salud pública de Buenos Aires, lugar donde se realiza el estudio, está compuesto por 78 hospitales de diferentes niveles de complejidad. En el conurbano es donde se atiende principalmente a personas vulnerables. Según estudios realizados Zaldúa y Lodieu (2000) mencionan que la vulnerabilidad de la población a la que se presta servicios es también un posible factor de aumento del estrés y de la afectación en el personal de sanidad.

El mismo es sumamente importante debido a que se ha observado que si bien existen múltiples trabajos sobre las variables relacionados principalmente a la población de estudiantes de medicina, de profesionales de salud, como médicos y enfermeros; hay pocos que lo vinculan con la variable resiliencia, en población de médicos en provincia. Es importante tener en cuenta, en este sentido, que en la Argentina la expectativa de vida de los médicos es en promedio de 57 años. Promedio que, por cierto, queda muy por debajo del de la población general, el cual es de 75 años (Chattah, 2000).

La mayoría de las investigaciones se han centrado en investigaciones descriptivas sobre la prevalencia del síndrome de Burnout, así como la relación del síndrome de Burnout y variables sociodemográficas, variables de clima laboral o satisfacción profesional. Y en relación a la resiliencia en médicos y su relación con el síndrome de Burnout, como componente protector poco se conoce acerca de cómo se manifiestan ambas variables. Aunque sí es destacable que hay estudios en relación a dichas variables que encuentran una relación positiva entre las mismas. Desde esta mirada se considera conveniente analizar no sólo los riesgos laborales, sino también la resiliencia definida como las fortalezas que se aprenden ante las adversidades, y que pueden emerger en el ambiente de la medicina.

Los datos de este estudio podrán ser utilizados para corroborar la relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo y la resiliencia. Con el fin de marcar la atención a las intervenciones que estimulan la capacidad resiliente ante el estrés laboral.

Para llevar a cabo los objetivos de este trabajo se cuenta con los recursos materiales necesarios para el mismo, es decir tiempo y técnicas para administrar, así como recursos humanos. Finalmente se posee un contacto para llegar a los Médicos del Hospital con deseos de participar del estudio, lo que nos permitirá el acceso a la muestra.

Como inicio de la investigación entonces me planteo la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre la resiliencia y el síndrome de Burnout en los médicos del Gran Buenos Aires, Provincia?

Objetivos

- Objetivo general:

Describir y analizar la relación entre los niveles de síndrome de Burnout, nivel de resiliencia y variables sociodemográficas en médicos del hospital de Gran Buenos Aires.

- Objetivos específicos:

Describir las variables sociodemográficas en médicos de guardia del hospital de Gran Buenos Aires.

Evaluar el síndrome de burnout en médicos de guardia del hospital de Gran Buenos Aires.

Evaluar el nivel de Resiliencia en médicos de guardia del hospital de Gran Buenos Aires.

Relacionar los niveles de las dimensiones del síndrome de burnout, junto con los niveles de Resiliencia en médicos de guardia del hospital de Gran Buenos Aires.

Hipótesis

La resiliencia es un recurso que posibilita la adaptación al estrés en los médicos de guardia, por lo tanto a mayor puntuación de resiliencia menor puntuación de los niveles de cansancio emocional y despersonalización, con mayor sensación de logro personal.

CAPÍTULO 4

Método

4.1 Diseño

Para la siguiente investigación se utilizó un método cuantitativo, no experimental, transversal, correlacional.

La elección del método cuantitativo permitirá utilizar la recolección de datos con la finalidad de comprobar la hipótesis planteada en el presente estudio, con asiento en la medición numérica y el análisis.

Por otro lado, también se utilizará este diseño ya que por ser no experimental permite realizar la investigación sin manipular deliberadamente las variables. Una de las ventajas de la investigación no experimental como refiere Hernández Sampieri (2003) es que “en la investigación no experimental estamos más cerca de las variables formuladas hipotéticamente como reales, y, en consecuencia, tenemos mayor validez externa (posibilidad de generalizar los resultados a otros individuos y situaciones comunes)” (pág. 222).

Por ser trasversal posibilita describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Es decir, permite la recolección de datos en un solo momento y tiempo único.

Dentro de la investigación trasversal se optó por el tipo correlacional- causal debido a que este permitirá describir la relación entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, con la intención específica de realizarla en términos principalmente correlacionales, es decir estableciendo una relación entre variables sin precisar sentido de causalidad (Hernández Sampieri, 2003).

4.2 Participantes

Los participantes del estudio fueron 30 profesiones de la salud, médicos de guardia del hospital público Parrosiem, la Matanza, Provincia de Buenos Aires. Los individuos fueron de ambos sexos, con nivel educativo universitario y prestador de guardia.

Se les informó sobre el estudio y el anonimato del mismo.

La recogida de datos se realizó entre enero y marzo de 2016. La edad de los participantes fue de 28 años a 65 años, la edad media fue de 45 años. Y el rango etario se encontraba entre 30 y 63 años.

En relación al género, 16 encuestados son hombres, mientras que 14 encuestados son mujeres. Por lo que se refiere al estado civil, 7 están casados, 7 están viudos, 7 están solteros, 4 divorciados y 4 están en pareja actualmente. En relación a los estudios, todos los encuestados tienen estudios universitarios, siendo Médicos de Guardia. Finalmente, y en relación a la antigüedad y años de experiencia en la profesión; por un lado presentan una antigüedad que va de 2 a 32 años, con un promedio de 12,333 años.

La recogida de información se realizó mediante encuesta individual y auto-completada.

4.3 Técnicas de recolección de datos

Para la presente investigación se optó por un cuestionario auto administrable y recolección de variables socio demográfico:

1) Para evaluar el síndrome de Burnout se utilizó el Cuestionario de Burnout (MBI) Maslach y Jackson (1981b). Se trata de un cuestionario auto administrado que mide el desgaste profesional. Se completa en 10-15 minutos. Está constituido de 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes. El cuestionario evalúa las 3 dimensiones del síndrome: el cansancio emocional consta de 9 ítems (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20); la despersonalización está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22); y por último la realización profesional se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Posee cinco alternativas de respuesta, en las cuales las puntuaciones van en

diferentes grados de intensidad desde *nunca* a *todos los días*. Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera definen al síndrome. Como puntos de corte se pensó seguir los criterios seguidos por otros autores. Para cansancio emocional, puntuaciones 27 o superiores son indicativas de un alto nivel de burnout. El intervalo 19- 26 correspondería a puntuaciones intermedias, siendo por debajo de 19 indicativas de niveles de burnout bajos. Para despersonalización, puntuaciones superiores a 10 serían de nivel alto, 6- 9 medio y menos de 6, bajo grado de despersonalización. A diferencia de las anteriores, la escala de realización profesional funciona en sentido, 0- 33 puntos indicarán baja realización, 34- 39 intermedia y más de 40 alta sensación de logro. También se utilizó una encuesta socio demográfica, que incluyó sexo, edad, estado civil, estudios realizados, cargo que ocupa, situación laboral, antigüedad, turno. Los datos fueron evaluados estadísticamente, y los resultados volcados en una tabla para su mejor comprensión.

1) Para evaluar la resiliencia se utilizó la escala de Resiliencia (RS) de Wagnild y Young (1993). Según los autores su escala identifica el grado de resiliencia individual considerada como una característica de personalidad positiva que mejora la adaptación individual. Dichos autores construyeron esta escala tomando como base el relato de 24 mujeres mayores estadounidenses, quienes habían superado favorablemente la mayoría de las situaciones adversas de su vida. La ER original se aplicó a una muestra de 1500 personas. La misma consta de 25 ítems con cinco alternativas de respuesta en formato tipo likert, desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo. Puntuándose del 1 al 5, siendo los puntajes que se pueden obtener fluctuantes entre 25 y 175. A mayor puntaje, mayor nivel de Resiliencia. Los valores mayores a 147 indican mayor capacidad de resiliencia; entre 121- 146, moderada resiliencia; y valores menores a 121, escasa resiliencia (Rodríguez et. al. 2009). La consistencia interna de la ER argentina fue de un índice alfa de Cronbach para la escala total: es de 0.72

Para la elaboración de la escala partieron de afirmaciones de dos factores: competencia personal (17 ítems que indican: autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia) y aceptación de sí misma y de su vida (8 ítems que reflejan: adaptabilidad, balance, flexibilidad y perspectiva de vida y sentimiento de paz a pesar de las adversidades). Estos dos factores representan cinco aspectos de la resiliencia, a partir de los cuales elaboraron los ítems de la misma: ecuanimidad comprende los ítems 7, 8, 11, 12 (una perspectiva equilibrada de la vida y experiencia personales de uno), perseverancia comprende

los ítems 1, 2, 4, 14, 15, 20, 23 (el acto de persistir a pesar de la adversidad o desánimo), autoconfianza comprende los ítems 6, 9, 10, 13, 17, 18, 24 (la creencia en uno mismo y en sus propias capacidades), significado de la vida o satisfacción personal (asumir que la vida tiene un propósito y considerar las propias contribuciones de uno a ella) comprende los ítems 16, 21, 21, 25 y soledad existencial o sentirse bien solo (la asunción de que la trayectoria de la vida de una persona es única) comprende los ítems 5, 3, 19. Esta escala es la más utilizada para evaluar la resiliencia. Se utilizó su versión argentina adaptada por (Rodríguez et. al., 2009).

4.4. Procedimiento

La recolección de datos se llevó a cabo en el lugar de trabajo de los médicos de guardia, antes de iniciar la jornada laboral y en períodos de poca intensidad de trabajo, y fueron cumplimentados de forma individual. La recolección se realizó entre los meses de enero y marzo. Se informó del estudio y se obtuvo la aprobación. Así mismo se les informó a los participantes sobre el anonimato, los mismos participaron de forma voluntaria. La implementación de los cuestionarios lleva un tiempo aproximado de 20 minutos y son de autoadministración.

CAPÍTULO 5

Resultados

A continuación se presentarán los resultados de este trabajo. En primer lugar se describirán las tres dimensiones que componen el síndrome de Burnout y su relación con las características sociodemográficas de la muestra. En segundo lugar se describirá la Resiliencia y su relación con las características sociodemográficas. Y finalmente se describirá la correlación entre ambas variables. Se realizaron análisis de tendencia central (medias) y dispersión (desviación típica); y porcentajes con altos y moderados niveles de las variables.

5.1 Resultados de las dimensiones del síndrome de Burnout

En la presente tabla se observan las medias para las distintas dimensiones en que se divide la escala. En relación al cansancio emocional la media es de 24,83 puntos y una desviación típica de 15,13. En relación a la despersonalización la media es de 9,7 y una desviación típica de 7,40; y por último en relación a la realización personal una media de 36,9 y una desviación típica de 9,30.

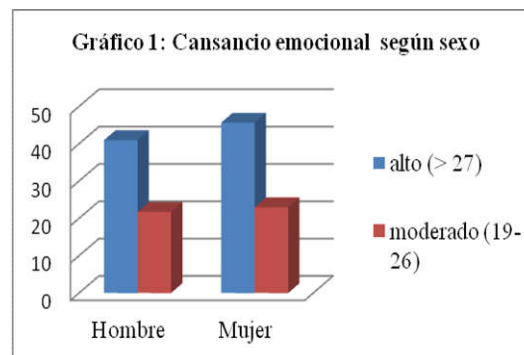
Tabla 1

| Dimensiones | Media | Desviación |
|----------------------|------------|------------|
| Cansancio | 23,83 (24) | 15,13 |
| Despersonalización | 9,7 (10) | 7,40 |
| Realización Personal | 36,9 (40) | 9,30 |

En un primer momento se presentan los resultados hallados según el nivel de cansancio emocional general, en el cual el 40% presenta puntuaciones superiores a 27; el 23% presenta nivel medio, con puntuaciones intermedias y el 37% presenta niveles bajos, con puntuaciones inferiores a 19 indicativas de niveles de Burnout bajos.

Tabla 2

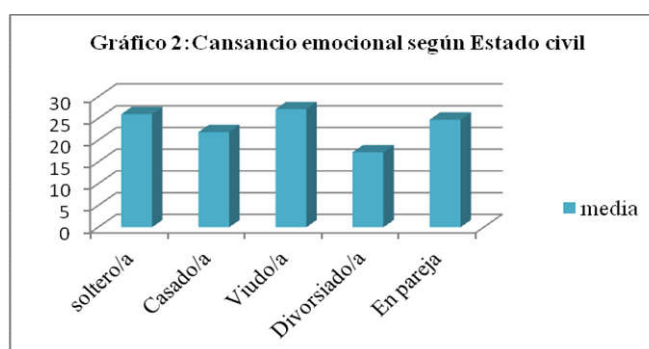
| Nivel de Resiliencia | Encuestados | Porcentaje |
|----------------------------|-------------|------------|
| Alto (puntaje mayor a 105) | 13 | 44% |
| Moderado (89-105) | 16 | 53% |
| Bajo (menor a 89) | 1 | 3% |



En relación con los niveles de cansancio emocional según el sexo se observa que del total de hombres encuestados el 60% obtiene puntajes altos y el 40% puntajes moderados. En relación a las mujeres el 67% obtuvo puntajes altos y el 33 % puntajes moderados. Siguiendo con la misma línea, se observa que el nivel alto de cansancio emocional es mayor en mujeres que en hombres, siendo la media en mujeres de 45.66 y en hombres de 41. En niveles moderados se continúa observando 3 puntos superiores en mujeres, siendo la media en mujeres de 23 y en hombres de 21,75.

Tabla 3

| Estado civil | Media |
|--------------|-------|
| Solteros | 26 |
| Casados | 21,87 |
| Viudos | 27,14 |
| Divorciados | 17,25 |
| En pareja | 24,75 |



En relación a los niveles de cansancio emocional según el estado civil, se observa que aquellos con estado civil viudos puntúan nivel superior al resto con una media de 27,14, y solteros con una media de 26. Mientras que en pareja tiene una media de 24,75, casados 21,87 y divorciados una media de 17,25.

Tabla 4

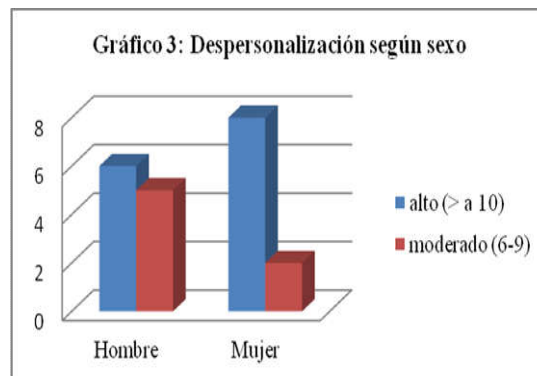
| Antigüedad (Años) | Media |
|-------------------|-------|
| Rango (2-7) | 22,71 |
| Rango (8-15) | 18,5 |
| Rango (16-25) | 32 |
| Rango (26-32) | 29,66 |

En relación a los niveles de cansancio emocional según la antigüedad del cargo, se observa en el rango (2-7) una media de 22,71 y en el rango (8-15) una media de 18,8. A mayor rango de años tiende a aumentar entre 11 y 13 puntos los niveles de cansancio emocional, siendo para rango (16-25) una media de 32 y (26-32) una media de 29,66.

En un segundo momento al examinar los resultados del nivel de despersonalización en el total se encontró que el 40% presenta niveles altos de despersonalización, siendo puntuaciones $>$ a 10; el 22% presenta niveles intermedios de despersonalización, siendo en el intervalo 6-9 y el 30% presenta niveles bajos de despersonalización, siendo puntuaciones $<$ a 6.

Tabla 5

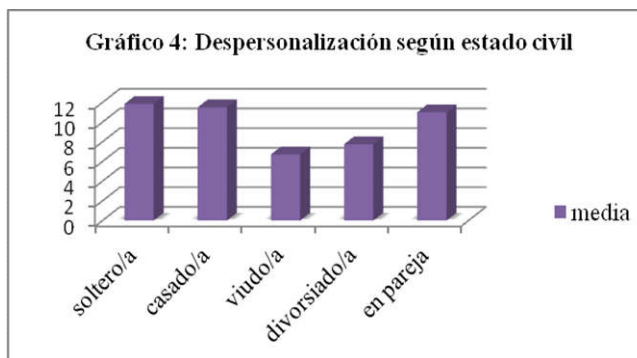
| Nivel de Despersonalización | Encuestados | Porcentaje |
|-----------------------------|-------------|------------|
| Alto (puntaje mayor a 10) | 12 | 47% |
| Moderado (6-9) | 7 | 23% |
| Bajo ($<$ 9) | 11 | 30% |



En relación con los niveles de despersonalización según el sexo se observa que el 55% de hombres obtuvo puntajes altos y el 45% puntajes moderados (gráfico 3). En relación a las mujeres el 80% obtuvo puntajes altos y el 20 % puntajes moderados. Por lo que podemos notar índices más elevados en mujeres que en hombres. Siguiendo con la misma línea, se observa que las medias son similares en ambos sexos, siendo para mujeres de 16,57 y en hombres de 17,2. En niveles moderados se continúan observando niveles similares, siendo la media en mujeres de 6 y en hombres de 6,4.

Tabla 6

| Estado civil | Media |
|--------------|-------|
| Solteros | 11,85 |
| Casados | 11,5 |
| Viudos | 6,71 |
| Divorciados | 7,75 |
| En pareja | 11 |



En relación a los niveles de despersonalización según el estado civil se observa que el grupo de solteros, casados y en pareja presentan puntos similares y de nivel superior al resto con una media para solteros de 11,86, para casados de 11,5 y en pareja de 11. Mientras que viudos y divorciados tiene una media inferior, siendo para divorciados una media de 7,75 y para viudos de 6,71.

Tabla 7

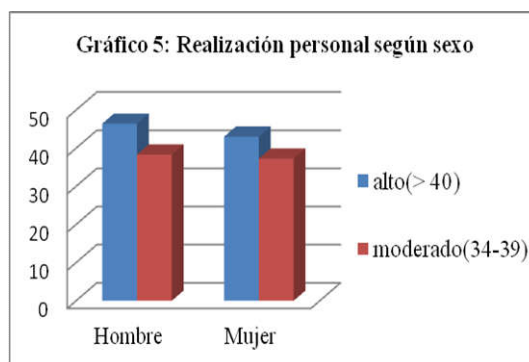
| Antigüedad (Años) | Media |
|-------------------|-------|
| Rango (2-7) | 9,8 |
| Rango (8-15) | 4,37 |
| Rango (16-25) | 12,5 |
| Rango (26-32) | 16 |

En relación a la antigüedad se observa en el rango (2-7) una media de 9,8 y en el rango (8-15) una media de 4,37. Y a mayor rango de años tiende a aumentar entre 3 y 6 puntos los niveles de despersonalización, siendo para rango (16-25) una media de 12,5 y (26-32) una media de 16.

En un tercer momento, al examinar la tercera dimensión, la realización personal en forma general, se observa que el 40% presenta niveles altos, lo cual indica niveles altos de sensación de logro (puntuaciones > 40), el 33% presenta niveles intermedios (entre 34-39) y el 27% presenta baja realización personal (entre 0-33).

Tabla 8

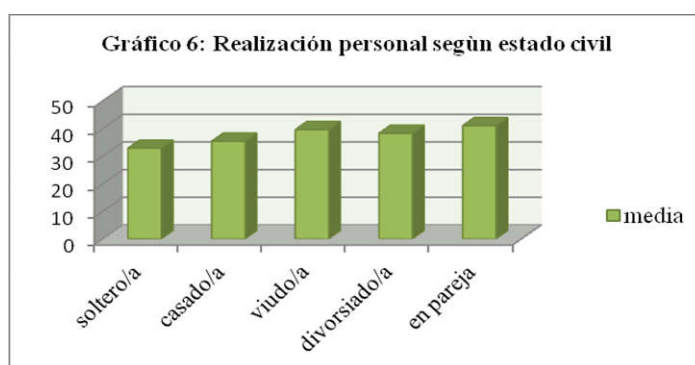
| Nivel de Realización personal | Encuestados | Porcentaje |
|-------------------------------|-------------|------------|
| Alto (puntaje mayor a 40) | 12 | 40% |
| Moderado (34-39) | 7 | 27% |
| Bajo (<33) | 11 | 33% |



En relación con los niveles de realización personal según el sexo se observa que 70% de los hombres obtiene puntajes altos y el 30% puntajes moderados. En relación a las mujeres el 50% obtuvo puntajes altos y el 50 % puntajes moderados. Por lo que podemos notar índices más elevados en hombres que en mujeres. Se observa que los niveles altos de realización personal son 3 puntos superiores en hombres que en mujeres, siendo la media en hombres de 46,42, y en mujeres de 43. En niveles moderados se observan niveles similares, siendo la media en hombres de 38,33 y en mujeres de 37,25.

Tabla 9

| Estado civil | Media |
|--------------|-------|
| Solteros | 32,85 |
| Casados | 35,37 |
| Viudos | 39,57 |
| Divorciados | 38,25 |
| En pareja | 41 |



En relación a los niveles de realización personal según el estado civil, se observa que en pareja presenta puntos más altos al resto, con una media de 41. Mientras que solteros presenta 9 puntos inferior, con una media de 32,85.

Tabla 10

| Antigüedad (Años) | Media |
|-------------------|-------|
| Rango (2-7) | 37,35 |
| Rango (8-15) | 38 |
| Rango (16-25) | 35,2 |
| Rango (26-32) | 34,66 |

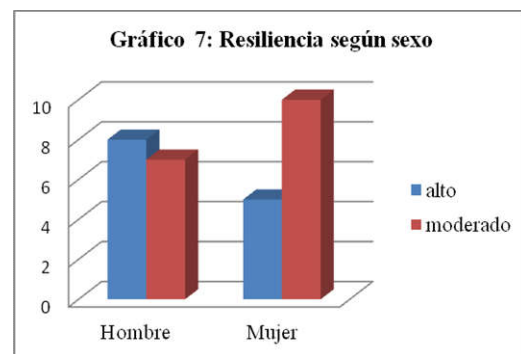
En relación a la antigüedad se observa en el rango (2-7) una media de 37,35, siendo similar en el rango (8-15) con una media de 38. Se observa que a mayor rango de años tiende a disminuir los niveles de realización personal, siendo para rango (16-25) una media de 35,2 y (26-32) una media de 34,66.

5.2 Resultados de la Resiliencia

Al examinar los resultados generales de la escala de Resiliencia, se observa que el 53% obtuvo un moderado índice de Resiliencia, con puntuaciones inferiores a 106. El 44% obtuvo un alto nivel de Resiliencia con puntuaciones más elevadas a 106 y un 3 % con bajo índice de Resiliencia.

Tabla 11

| Nivel de Resiliencia | Encuestados | Porcentaje |
|----------------------------|-------------|------------|
| Alto (puntaje mayor a 105) | 13 | 44% |
| Moderado (89-105) | 16 | 53% |
| Bajo (menor a 89) | 1 | 3% |



Se observa que en los hombres el nivel alto de Resiliencia (el 53% puntuó alto) es mayor que en las mujeres (el 33% puntuó alto), siendo la media en hombres de 108,6 con una desviación estándar de 1,5 y en mujeres una media de 109,4 con una desviación estándar de 1,14. En relación a los niveles moderado se observa que en las mujeres (el 67% puntuó moderado) es mayor que en los hombres (el 47% puntuó moderado), siendo una media en mujeres de 99,9 con una desviación estándar de 4,5 y en hombres una media de 99,4 con una desviación estándar de 4,9.

Tabla 12

| Estado civil | Media |
|--------------|--------|
| Solteros | 99,14 |
| Casados | 106,37 |
| Viudos | 102,14 |
| Divorciados | 103 |
| En pareja | 105,25 |



En relación al nivel de Resiliencia según el estado civil, se pueden observar niveles muy cercanos en los grupos casados y en pareja (con una media entre 105,25 y 106,37), habiendo una diferencia mayor con el grupo solteros cuya media es de 99,14 puntos.

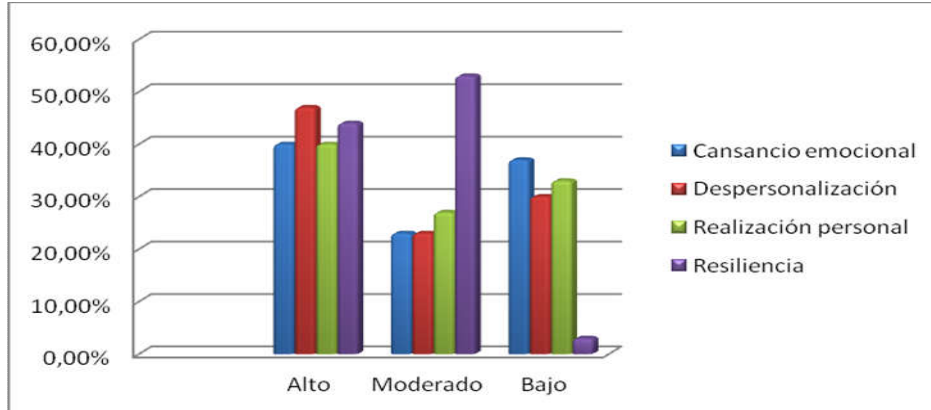
Tabla 13

| Antigüedad (Años) | Media |
|-------------------|--------|
| Rango (2-7) | 103,94 |
| Rango (8-15) | 105,87 |
| Rango (16-25) | 102,6 |
| Rango (26-32) | 101,33 |

En relación al nivel de Resiliencia según los años de antigüedad, se observa que en esta población los encuestados presentan niveles moderados en todos los rangos de años de antigüedad. Se observa una media con tendencia alta a moderada en el rango de 2 a 7 años de 103,94 y en el rango de 8 a 15 años de 105,87. También se observa que la media disminuye a mayores años de antigüedad, siendo para el rango 16-25 de 102,6 y para el rango de 26-32 de 101,33.

5.3 Resultados de la correlación entre el síndrome de Burnout y la Resiliencia

A continuación se presenta la relación entre el síndrome de Burnout y la Resiliencia:



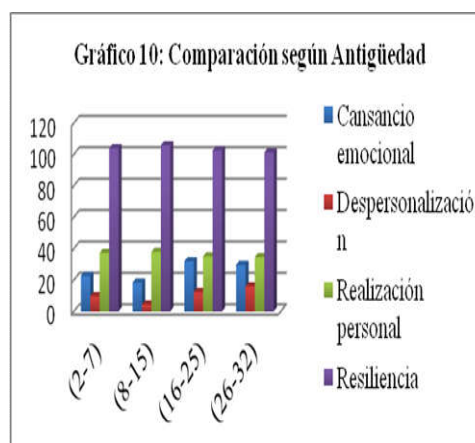
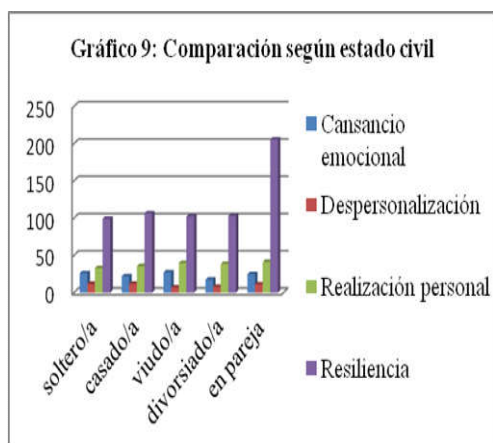
Comparando ambas variables se observa que en la dimensión cansancio emocional, los encuestados con un índice alto puntúan el 40%, con un nivel moderado el 23% y un 37% con un bajo nivel. En la dimensión despersonalización el nivel alto es de 47%, 23% de moderado y un 30% de bajo. Mientras que en la realización personal el nivel alto es de 40%, 33% de moderado y un 27% de bajo. Es decir que en relación al síndrome de Burnout, la mayoría de los individuos tiene un nivel de cansancio emocional y despersonalización alto-moderados y un nivel moderado de realización personal.

En cambio en relación a la Resiliencia se observa que el nivel de Resiliencia es un 44% alto, un 53% moderado y un 3% bajo, es decir que la mayoría de los individuos tiene un nivel de resiliencia moderado.

Tabla 14

| | Cansancio emocional | Despersonalización | Realización personal | Resiliencia |
|----------------------|---------------------|--------------------|----------------------|-------------|
| Cansancio emocional | 1 | | | |
| Despersonalización | 0,710088845 | 1 | | |
| Realización personal | -0,694569788 | -0,520043035 | 1 | |
| Resiliencia | 0,005601314 | -0,203732284 | -0,048956443 | 1 |

En la tabla se observa el cálculo de coeficiente de correlación entre las variables (Resiliencia-Cansancio emocional= 0,005601314) y (Resiliencia- Realización personal=-0.04), lo cual indica que no se halló relación. Sin embargo se observa en la correlación (Resiliencia- Despersonalización = -0,203732284), una relación inversa, es decir, a mayor resiliencia menor despersonalización.



Se observa cómo en los diferentes estados civiles siempre es mayor el nivel de Resiliencia y el nivel de realización personal en comparación al cansancio emocional y la despersonalización (gráfico 9).

También se puede observar, al igual que en el anterior, cómo pese a haber una diferencia en función a los años de antigüedad, siempre es mayor el nivel de Resiliencia en comparación y el nivel de realización personal, en comparación al cansancio emocional y la despersonalización. En cambio se observa que los niveles de cansancio emocional y despersonalización tienden a aumentar los primeros años, luego a disminuir y vuelven a aumentar a partir de los 15 años en adelante (el gráfico 9).

CAPÍTULO 6

Discusión

A lo largo del presente estudio, se ha logrado el objetivo del trabajo que ha sido analizar la relación entre el síndrome de Burnout y la Resiliencia en médicos de guardia del Gran Buenos Aires, encontrando que más allá de su estado civil, sexo y nivel de antigüedad los niveles de Síndrome de Burnout según la media tienden a ser moderados. Por su parte, la dimensión cansancio emocional con una media de 24, lo cual podría deberse, tal como mencionan en su estudio, Rodríguez, Oviedo, Vargas, Hernández y Pérez (2009), los profesionales de salud están en contacto con estresores como: poco personal, sobrecarga laboral, tratos problemáticos; además en el trabajo de guardia se enfrentan a presiones y exigencias diarias, como el sufrimiento y la muerte de los enfermos. Y estos estresores podrían llevar a un agotamiento emocional y sentimientos de cansancio físico y/o psicológico. Por otro lado los niveles moderados de despersonalización, con una media de 9,7 podrían entenderse como la consecuencia del fracaso ante el cansancio emocional y también la defensa del sujeto para protegerse frente al sentimiento de impotencia (Maslash y Jackson, 1982); así como también podría explicarse que el afrontamiento del estrés de manera adaptativa conllevaría a la salud, y por el contrario, un afrontamiento desadaptativo podría desencadenar la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986). Y por otro lado, los niveles moderados de realización personal, con una media de 36,9 podrían deberse a la variable personal, donde se incluyen la motivación para la ayuda y el nivel de idealismo sobre la profesión, lo cual se traduce en que el individuo se vea capaz de satisfacer las demandas y crea tener posibilidades de realización personal, lo cual necesariamente repercute en su propia salud y en la de los pacientes que atiende.

Por otra parte, en relación al objetivo de descripción de las dimensiones del síndrome en médicos de guardia, se observaron resultados de niveles altos de CE en el 40%, para D en el 47% y RP el 40%. Estos resultados contradicen los hallados en el estudio de Caceres Bermejo (2006), así como el de Gamonal, García y Silva (2008), quienes destacan altos niveles Burnout con bajos de RP. Cabe destacar que en el presente estudio los niveles altos de

RP fueron en el 40% de la muestra. Por lo tanto no se puede afirmar que la muestra general, a pesar de tener niveles moderados a altos de D y CE, sufran del síndrome, ya que a nivel general la media aritmética nos arroja que presentan moderadoras niveles de RP. Aunque sí podríamos pensar que estarían expuestos a un nivel de estresores en los cuales emergen conductas de cansancio y despersonalización, que los haga más vulnerables a sufrir el síndrome.

En relación a las dimensiones del Burnout según el género, el presente estudio halló resultados similares para niveles altos de las dimensiones despersonalización y cansancio emocional a los que propone los estudios de Ortega Herrera, Ortiz Vioronel y Coronel (2007) y el de Beltran (2006), quienes concluyeron que los encuestados de sexo femenino mostraron un mayor nivel de Burnout en comparación con el sexo masculino debido a que las mujeres poseen doble carga de trabajo, en la práctica profesional y en el rol que ocupan en el hogar. Estos datos también se relacionan con los hallazgos encontrados en el estudio de Salazar, Ceballos, García, Suárez, Ramírez (2009). Y por otro lado contradice los resultados hallados en los estudios de Beltran (2006) quien encontró mayores niveles en hombres. Cabe destacar que el presente estudio halló mayores niveles altos de realización personal en hombres que en mujeres, siendo el 70% para hombres y el 30% para las mujeres, lo cual indicaría que en este estudio los hombres tienen mayor sensación de logro profesional a diferencia que las mujeres.

Por otra parte, al vincular los niveles medios de las tres dimensiones del síndrome de Burnout según la antigüedad en el presente estudio se halló que, por un lado en relación al cansancio emocional se observa en el rango (2-7) una media de 22,71 y en el rango (8-15) una media que disminuye hasta 18,8. Luego se observa que a mayor rango de años tiende a aumentar entre 11 y 13 puntos, siendo para rango (16-25) una media de 32. Esto podría deberse a que la antigüedad profesional está relacionada con el grado de Burnout; de tal forma, que presentan niveles más elevados de agotamiento emocional quienes tienen mayor antigüedad laboral. Estos datos también se relacionan con los hallazgos encontrados en el estudio de Salazar et. al. (2009) en donde el Cansancio Emocional tuvo mayor incidencia en grupos de mayor cantidad de años de antigüedad, lo que indicaría un desgaste psíquico y emocional por los años de ejercicio en condiciones de sobrecarga de trabajo, y la acumulación de problemas.

Por otro lado, en relación a la despersonalización se observa en el rango (2-7) una media de 9,8 y en el rango (8-15) disminuye 4 puntos, con una media de 4,37. Luego a mayor rango de años tiende a aumentar entre 3 y 6 puntos, siendo para rango (16-25) una media de 12,5 y (26-32) una media de 16. Como explica Zaldúa y Lodieu (2000), el proceso de Burnout ocurre una etapa de idealismo en la cual el sujeto posee altos niveles de energía puestos en el trabajo, con expectativas pocas realistas, produciendo una sobrecarga de trabajo o cansancio emocional. Al no cumplir con las expectativas, le genera desilusión que hace que pase a la etapa de estancamiento, en la cual pierde el idealismo. Luego sobreviene la etapa de apatía o despersonalización y frustración, siendo la fase central del síndrome.

Por último, en relación a la realización personal se halló para el rango (2-7) una media de 37,35, siendo similar en el rango (8-15) con una media de 38. Se observa que a mayor rango de años tienden a disminuir los niveles, siendo para rango (16-25) una media de 35,2 y (26-32) una media de 34,66. Esto podría deberse siguiendo con la teoría de Zaldúa y Lodieu (2000), a que la frustración frente a las expectativas hace que el sujeto se siente crónicamente frustrado, con un sentimiento de vacío que se ve manifestado en la sensación de desvalorización profesional y comienzan a aparecer problemas emociones, conductuales y síntomas físicos. Sin embargo en este estudio, si bien tiende a disminuir con los años de antigüedad, logra mantener un nivel moderado, lo cual podría indicar que ante la frustración el sujeto logra adaptarse con expectativas más realistas, para hacer frente las demandas. Al aumentar el número de años de ejercicio profesional o bien aumenta y se consolida la autoestima profesional, o por el contrario se produce una disminución en sus niveles.

En contradicción con lo anterior Galvána et. al. (2014) menciona que a menor antigüedad (<2 años) mayor probabilidad de desarrollar el síndrome, y a mayores números de años laborales (>10), menor síndrome y menor posibilidad de abandonar el trabajo, probablemente debido a que en los primeros años se experimenta la inexperiencia laboral y a la falta de capacidad para afrontar las situaciones críticas.

Por otro lado, al vincular los niveles medios de las tres dimensiones del síndrome de Burnout según el estado civil; por un lado, en relación al cansancio emocional se halló que son más elevados en los grupos de viudos con una media de 27,14, y solteros con una media de 26. Mientras que con medias bastante por debajo en pareja tiene una media de 24,75, y casados de 21,87. Por otro lado, en relación a la despersonalización se halló que son más elevados en los grupos solteros, casados y en pareja, presentan puntos similares con una

media para solteros de 11,86, casados de 11,5 y en pareja de 11. Mientras que con medias bastante por debajo viudos 6,71 y divorciados 7,75. Y en relación a la realización personal se halló que son más elevados en los grupos de pareja, con una media de 41. Mientras que solteros presenta 9 puntos inferior, con una media de 32,85. Estos datos se relacionan con los hallados en el estudio de Salazar et, al. (2009) al igual que Galvána et. al. (2014), quienes destacan un mayor índice de cansancio emocional en los grupos solteros y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas. Y concluyen que no se ha observado en la bibliografía que haya una clara asociación del Burnout con la situación conyugal, aunque algunos estudios muestran un leve predominio en los profesionales con pareja estable. De mismo modo, Beltran (2006), destaca que en la dimensión de realización personal el grupo constituido por solteros obtiene diferencias significativas con el grupo que está en pareja, sin embargo en la mayoría de los estudios, los resultados siguen siendo no congruentes. Los datos del estudio podrían explicarse que al estar en pareja o casados, se posee una red de apoyo social, la cual le proporciona a los sujetos seguridad y afecto permitiéndoles a aquellos que se encuentran ante una situación laboral estresante puedan expresar sus sentimientos y reforzar su confianza.

En relación al objetivo de evaluación la Resiliencia se hallaron resultados similares al estudios de Fernández, Crespo, Cáceres, Rodríguez, (2012) quienes en el análisis de la capacidad para afrontar el estrés de las personas que cuidan a un familiar con demencia, aún sometidos a estresores, posee niveles moderado de Resiliencia, llegando un 24,5% a altos niveles de resiliencia. Por lo tanto resaltan que los cuidadores no profesionales se enfrentan exitosamente a los estresores derivados del cuidado, obteniendo beneficios de su experiencia, mostrándose resilientes, es decir, se asocia una mayor Resiliencia con un mejor estado emocional y físico. Ello va en la línea de otras investigaciones que han estudiado la Resiliencia en cuidadores profesionales y no profesionales de mayores como Méndez, Martínez, Secanilla, Benavente y García (2014), donde hallaron que la calidad de vida de las personas mayores del centro de Lorca fue inferior con respecto a los trabajadores, en este estudio resaltan que los cuidadores profesionales de dicho centro tuvieron que hacer frente a la situación adversa lo que supuso una mayor dedicación y realización profesional. Estos resultados llevan a pensar, que habitualmente perciben un alto grado de control sobre sus vidas, tienden a adaptarse y a otorgar un sentido a la situación que atraviesan, y confían en sus propias fortalezas y en los lazos afectivos que establecen (Wagnild & Young, 1993).

Los resultados encontrados en el presente estudio muestran que los sujetos presentan niveles moderados de resiliencia, llegando a 44% con niveles altos de resiliencia y un 53% con niveles moderados. Esto implicaría que los encuestados tienen capacidad de afrontar el estrés y hacer frente a situaciones adversas de presión (tolerar mejor el ambiente hostil de dolor, sufrimiento y muerte que se encuentran a lo largo de la jornada de trabajo), de forma que pueden responder frente a ellas con estrategias que permitan superar situaciones. Es decir que los niveles altos y moderados de Resiliencia aminoran los efectos del estrés laboral y permite evitar en gran medida sus consecuencias a largo plazo, como el síndrome de Burnout.

En relación al objetivo de evaluación de la Resiliencia según el sexo, al igual que los resultados obtenidos en el estudio de Martínez et. al. (2014), muestran que existe mayor resiliencia en hombres que en mujeres. Los resultados encontrados en el presente estudio, para hombres el nivel alto de Resiliencia en el 53% y en las mujeres el 33%, con medias similares ($M=108,6/F=109,4$). Cabe destacar que si bien hay mayor porcentaje de hombres con altos niveles de Resiliencia en la muestra de este estudio, las medias son similares, por lo cual en este caso la relación según sexo sería poco significativa. Por su parte en la investigación de Rodríguez et. al. (2009) no se encontraron diferencias significativas entre sexos. Los resultados obtenidos son concordantes con los de Lundman, Strandberg, Eisemann, Gustafson y Brulin (2006).

En relación a la Resiliencia según los años de antigüedad, el presente estudio halló la presencia de niveles moderados en todos los rangos de años de antigüedad con una media con tendencia alta a moderada en el rango de 2 a 7 años de 103,94 y en el rango de 8 a 15 años de 105,87. También halló que a mayores años de antigüedad la media disminuye, siendo para el rango 16-25 de 102,6 y para el rango de 26-32 de 101,33. Si bien no se ha encontrado literatura científica para que estudie la Resiliencia en profesionales y su relación con la antigüedad en el puesto, sin embargo la investigación de González y Valdez (2013) señala que los factores de la Resiliencia se conservan hasta el final del ciclo vital y aumentan con los años. Por otro lado los resultados del estudio muestran que la Resiliencia oscila a través del tiempo y de las circunstancias. Por lo tanto lo importante no sería los años, sino los cambios dinámicos y continuos, como las demandas laborales (factores de riesgo), que podrían influir

en los sujetos para que estos mismos desarrollen habilidades Resilientes (factores protectores) y por lo tanto obtengan niveles moderados.

En relación a la Resiliencia según el estado civil, se halló que el nivel de Resiliencia es muy cercano en los grupos casados y en pareja (con una media entre 105,25 y 106,37), habiendo una diferencia mayor con el grupo solteros cuya media es de 99,14 puntos. Esto podría deberse al peso que tiene para los sujetos el apoyo emocional que representan las parejas, elemento que al no estar se podría vincular a un alto estrés psicosocial. Por su parte en el estudio de Martínez et. al. (2014), no se encontraron diferencias significativas del estado civil de los residentes ni en los trabajadores.

En la relación a la Resiliencia y las dimensiones que configuran el Burnout entre ambas variables, tanto en el estudio Ríos, Carrillo, De los Ángeles y Tébar (2012) como en el de Molina Collon (2013) se observó una relación significativa directa entre Resiliencia-Realización personal $=0.52/0,37$ y una relación indirecta entre Resiliencia-Cansancio emocional $=-0.25/-0,29$. Ambos destacaron que a mayor nivel de resiliencia experimentaron un menor cansancio emocional y una mayor realización personal. Sin embargo en el presente estudio no se pudo comprobar dicha afirmación, aunque se destaca el hallazgo (Resiliencia-Despersonalización $= -0,203$). Por lo que se puede concluir que los sujetos resilientes logran mayores competencias de compromiso laboral, lo cual disminuye la vulnerabilidad a situaciones de indiferencia y apatía frente a las demandas y exigencias.

Cabe aclarar que las dos investigaciones nombradas anteriormente fueron realizadas a estudiantes de enfermería y a trabajadores de urgencias médicas por lo que luego del análisis se puede afirmar que en esta población dicho vínculo se encuentra más relacionado con las diferentes características sociodemográficas presentes en los encuestados.

Respondiendo a mi pregunta de investigación podría concluir que no necesariamente la Resiliencia sería un factor protector del síndrome de Burnout en médicos de guardia.

CAPÍTULO 7

Conclusión

A modo de conclusión se puede afirmar que se han cumplido los objetivos de analizar el síndrome de Burnout y el nivel de Resiliencia en una población de médicos del Gran Buenos Aires. Se ha logrado analizar el vínculo entre ambas variables y a su vez, a cada una en forma aislada vinculada con el género, el estado civil y los años de antigüedad en el puesto.

En la población de médicos del Gran Buenos Aires se hallan moderados niveles de Cansancio emocional, Despersonalización, Realización personal y de Resiliencia, no encontrándose una relación entre Resiliencia-Cansancio emocional y Resiliencia-Realización personal. Aunque es destacable una relación indirecta entre Resiliencia- Despersonalización. Es decir que, en presencia de situaciones de adversidad laboral, probablemente aquellos con mayor Resiliencia tengan la capacidad de sobreponerse a las dificultades, adaptarse adecuadamente y experimentar emociones positivas, mientras que los menos Resilientes tengan predisposición a responder ante las demandas con indiferencia en el trabajo.

En relación al síndrome de Burnout puede afirmarse que los niveles altos de despersonalización y cansancio emocional son mayores en mujeres; aunque se destaca que en esta muestra los niveles altos de realización personal fueron mayores en hombres. Por otra parte al vincular los niveles medios de las tres dimensiones del síndrome según la antigüedad se concluye que el cansancio emocional y la despersonalización aumentan significativamente a partir de los 10 años; mientras que la realización personal tiende a disminuir manteniéndose en niveles moderados. Y en relación al estado civil se concluye que los niveles de cansancio emocional y despersonalización aumentan en los grupos de solteros. Mientras que la realización aumenta en los grupos en pareja.

Por su parte, en relación a la Resiliencia a través del presente estudio se puede concluir que uno de los puntos más controvertidos es la variación de los mismos según el sexo, ya que se han encontrado variedades de resultados en los diferentes estudios analizados. Algunos autores reportan diferencias entre hombres y mujeres, hay otros que no encuentran diferencias. En este estudio se puede concluir que la Resiliencia es mayor en hombres, casados y con rangos de 8-15 años de antigüedad. Sin embargo, se encuentran como

limitaciones de los estudios la escasa investigación sobre la Resiliencia en población médica y el reducido tamaño de la población, dado que las características de la muestra limitan en cierta forma las conclusiones, sería importante poder evaluarlo en otra población con una muestra transversal mayor para poder arribar a conclusiones más significativas. Se recomienda incluir mayor heterogeneidad en cuanto a género, estado civil y años de antigüedad, a modo de favorecer la generalización de los resultados.

Se debe señalar que el presente trabajo no logró explorar con propiedad en el impacto del nivel educativo en relación a especialidades. Por lo tanto, sería interesante realizar este mismo estudio en una muestra donde efectivamente el nivel educativo en relación a determinadas especialidades médicas fuera una variable y que fuera explorada con un instrumento adecuado.

A la luz de los resultados obtenidos, se sugiere continuar analizando los niveles Burnout y su relación con la Resiliencia, para corroborar y clarificar el tipo de relación entre los constructos, vigorizando el cuerpo científico al respecto. Hay que señalar que la investigación sobre el tema en muestras de profesionales necesita mayor desarrollo, principalmente desde la mirada positiva de las fortalezas en la que se enmarca la Resiliencia.

La importancia de los hallazgos de este estudio radica en que, de ser replicado y encontrado los mismos resultados por distintos investigadores, servirá de pauta para implementar relaciones con otras variables, así como técnicas de incremento de la Resiliencia en médicos, aportando información de las características de los individuos dotados de Resiliencia, para poder realizar procesos de intervención en aquellos otros que atraviesan situaciones vulnerables de estrés laboral.

Sería importante considerar los resultados del estudio con la finalidad de promover programas destinados a promocionar la Resiliencia y disminuir los índices de despersonalización, ya que favoreciendo los recursos y el desarrollo de habilidades resilientes en médicos se podría no sólo resolver problemas actuales, en relación a enfermedades y síntomas asociados, como bajo personal, ausentismos y trastornos psicológicos, sino también favorecer la promoción y la prevención del estrés laboral y del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud. Lo cual tiene un efecto multiplicador de beneficio, ya que no sólo repercutiría en la salud de los profesionales de la sanidad, sino también en la calidad asistencial, favoreciendo la relación médico-paciente e indirectamente en la sociedad.

Referencias

- ÁLVAREZ, M. A. (1989). *El estrés: Un enfoque psiconeuroendócrino* (2da. edición). La Habana: Editorial Científico Técnica
- ATANCE, M. C. (1997). Aspectos Epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 71, (3), 293-303
- BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman
- BECOÑA, E. (2006). Revista Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicología y psicopatología clínica*, Vol. 11, (3), 125-146
- BELTRÁN, C. A. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud. *Rev. costarric. salud pública*, Vol. 15 (29), 1409-1429
- BONANNO, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience. *American Psychologist*, Vol. 59, (1), 20- 28
- BONANNO, G. A., GALEA, S., BUCCIARELLI, A., Y VLAHOV, D. (2006). Psychological Resilience After Disaster: New York City in the Aftermath of the September 11th Terrorist Attack. *Psychological Science*, Vol. 17, (3), 181-186
- BOWLBY, J. (1980). *Attachment and loss*. New York: Basic Books
- BRIX, C., SCHLEUBNER, C., FÜLLER, J., RÖHRIG, B., WENDT, T. G., Y STRAUB, B. (2008). The need for psychosocial support and its determinants in a sample of patients undergoing radiooncological treatment of cáncer. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 65(6), 541-548
- CÁCERES BERMEJO, G. G. (2006). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Madrid, España
- CHAPPELL, N. L., Y DUJELA, C. (2008). Caregiving: Predicting At-Risk Status Canadian. *Journal on Aging*, Vol. 27, (2), 169-179

- CLELAND, V. J., BALL, K., SALMON, J., TIMPERIO, A. F., Y CRAWFORD, D. A. (2010). Personal, social and environmental correlates of resilience to physical inactivity among women from socioeconomically disadvantaged backgrounds. *Health education research*, Vol. 25, (2), 268-281
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist*, Vol. 54, (10), 821-827
- DUQUE, M., Y PÉREZ, C. (2008). Origen y consecuencias en el síndrome de desgaste profesional, Burn out. *Anales de discapacidad y salud mental*. Vol. 7 (8), 41-54
- EDWARD, K. (2005). The phenomenon of resilience in crisis care mental health clinicians. *International Journal of Mental Health Nursing*, Vol. 14, (2), 142-148
- FERNÁNDEZ, L. V., CRESPO, M., CÁCERES, R., Y RODRÍGUEZ, M. (2012). Resiliencia en cuidadores de personas con demencia: Estudio preliminar. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Vol. 43, (3), 102-109
- FREUDENBERGER, H. J. (1974). Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, Vol. 30, 159-165
- GALVANA, M. E., VASSALLOA, J. C., RODRÍGUEZA, S., OTEROC, P., MONTONATIA, M., CARDIGNIA, M., BUAMSCHAB, D., RUFACHB, D., SANTOSB, S., MORENOB, R. P., SARLIB, M. (2012). Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en médicos de unidades de cuidados intensivos pediátricos en la Argentina. *Arch Argent Pediatr*. Vol. 110, (6), 466-473
- GAMONAL, M.Y., GARCÍA, V. CAR., SILVA. M.Z. (2008). Síndrome de Burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas. *Rev. enferm. Herediana*, Vol. 01 (1), 39-20
- GARCIA IZQUIERDO, M., VELANDRINO, A.P. (1992). EPB: Escala de evaluación del Burnout profesional de las organizaciones. *Anales de psicología*, Vol. 1 (2), 131-138
- GIL MONTE, P. R., Y JIMENEZ, B. (2007) *El síndrome de quemarse por el trabajo*. Madrid: pirámide
- GIL MONTE, P. R., Y PEIRO, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis

- GOLDSTEIN, D. S., EISENHOFER, G. (2000). Sympathetic nervous system physiology and pathophysiology in coping with the environment. In: B.S. McEwen (Ed.) *Coping with the environment: neural and endocrine mechanisms* (pp. 21-43). New York: Oxford University Press
- GONZÁLEZ, N. I., Y VALDEZ, J. L. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicano. *Acta de investigación psicol*, Vol. 3, (1), 941-955
- GRAU, A., FLICHTENTREI, D., SUÑER, R., PRATS, M. Y BRAGA, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Pública* Vol. 83 (2), 215-230
- GROTBERG, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: streng - hening the human spirit*. The International Resilience Project. Bernard Van Leer Foundation. Holanda: La haya
- HARRISON, W. D. (1983). A social competence model of Burnout. En B. A. Farber (ed.), *Stress and Burnout in the human services professions* (pp. 29-39). New York: Pergamon Press
- HOWARD, S., Y JOHNSON, B. (2004). Resilient teachers: Resisting stress and Burnout. *Social Psychology of Education*, Vol. 7(4), 399-420
- JACKSON, D., FIRTKO, A. Y EDENBOROUGH, M. (2007). Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *J Adv Nurs*, Vol. 60, (1), 1-9
- LAZARUS, R. L. Y FOLKMAN, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer
- LEE, O., SHEN, C., Y TRAN, T. V. (2009). Coping With Hurricane Katrina: Psychological Distress and Resilience Among African American Evacuees. *Journal of Black Psychology*, Vol. 35, (1), 5-23
- LUNDMAN, B., STRANDBERG, G., EISEMANN, M., GUSTAFSON, Y. & BRULIN, C. (2006) Psychometric Properties of the Versión of the Resilience Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Vol. 21, (2), 229-237
- LUTHAR, S. S. & ZELAZO, L. B. (2003). *Research on resilience*. An integrative review. Cambridge. Cmbridge University Press

- LUTHAR, S. S., CICHETTI, D. & BECKER, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, Vol. 71, 543–562
- MA, C., SAMUELS, M. E., & ALEXANDER, J. W. (2003). Factors that influence nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, Vol. 33, (5), 293-299
- MASLACH, C., Y JACKSON, S. (1979). Burned-out cops and their families. *Psychological Today*, Vol. 12, (10), 59-62
- MASLACH, C. Y JACKSON, S. (1982). Burnout in health professions: A social Psychological analisis. En G. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and illness* (pp. 144-159). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum
- MASLACH, C., Y JACKSON, S. (1984). Burnout in organizational setting. *Applied Social Psychology Annual*, Vol. 5, 133-153
- MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B. Y LEITER, M. P. (2001). “Burnout”. *Annual Review of Psychology*, Vol. 52, (24), 397-422
- MÉNDEZ, J., GARCÍA, S., MARTÍNEZ, P., BOTI1, A., CÁNOVAS, A. Y CLEMENTE, Y. (2015). Resiliencia en trabajadores y en residentes de un centro de personas mayores institucionalizadas. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. Vol. 5, (1), 65-73
- MÉNDEZ, I., MARTÍNEZ, J. P., SECANILLA, E., BENAVENTE, A., Y GARCÍA SEVILLA, J. (2014). Burnout en cuidadores profesionales y calidad de vida en residentes de centros institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. Vol. 4, (1), 41-53
- MENEZES, V. A., FERNÁNDEZ, B., HERNÁNDEZ, L., RAMOS, F. Y CONTADOR, I. (2006). Resiliencia y el modelo Burnout-Engagement en cuidadores formales de ancianos. *Psicothema*, Vol. 18 (4), 791-769
- MOSCOSO, M. S., MANOLETE, S. (2009). De la mente a la célula: imparto del estrés en psiconeuroendocrinología. *Liberabit. Revista de Psicología*, Vol. 15, (2), 143-152
- MOSCOSO, M. S., MCCREARY, D., GOLDENFARB, P., KNAPP, M., ROHR, J. (1999). Construction of an inventory to measure emotional distress in cancer patients. *Psycho-Oncology*, Vol. 8, (6), 44-58

- NYGREN, B., ALÉX, L., JONSÉN, E., GUSTAFSON, Y., NORBERG, A., Y LUNDMAN, B. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and selftranscendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging y Mental Health*, Vol. 9, (4), 354-362
- ORTEGA H., M. E., ORTIZ, V., Y CORONEL B. P. G. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, Vol. 17(1), 5-16.
- PAN, J., Y CHAN, C. (2007). Resilience: A new research area in positive psychology. *Psychologia*, Vol. 50(3), 164-176
- PEIRÓ, J. (1992). *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. España: S. Psicológica
- PINES, A. (1993). "Burnout: An Existential Perspective", in W.B. Schaufeli, Maslach y Marek (eds.). *Professional Burnout: recent developments in theory and research* (pp.35-51). London: Taylor & Francis
- PINES, A., ARONSON, E. (1998). *Carrer burn out: Causes and cures*. Nueva York. Free Press
- REMOR, E. (2008). Contribuciones de la Psicología Positiva al ámbito de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva aplicada* (pp. 191-213). Bilbao: Desclée de Brouwer
- RÍOS RISQUEZ, M. I., CARRILLO GARCÍA, C., SABUCO TEBAR, E. (2012). Resiliencia y Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería y su relación con variables sociodemográficas y de relación interpersonal. *International Journal of Psychological Research*, Vol. 5, (1), 88- 95
- RODRÍGUEZ, C., OVIEDO, A., VARGAS, M., HERNÁNDEZ, V., PÉREZ, M. (2009). Prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de Enfermería de dos Hospitales del Estado de México. *Fundamentos en humanidades*, Vol. 1, (19), 179-193
- RODRÍGUEZ, M., PEREYRA, M. G., GIL, E., JOFRÉ, M., DE BORTOLI, M. Y LABIANO, L. M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*, Vol. 9, 72 – 82
- SALANOVA SORIA, M. (2009). Organizaciones saludables, organizaciones resilientes. *Gestión Práctica De Riesgos Laborales*, Vol. 24 (58), 18-23

- SALAZAR, J. A., CEBALLOS, E., GARCÍA, E., SUÁREZ, A. M., RAMÍREZ, R. (2009) El síndrome de Burnout en el personal de una unidad quirúrgica. *Rev. Med. Electrón*, Vol. 31 (3), 1684-1824
- SAMPIERI, H., FERNÁNDEZ, C., BAPTISTA, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. (Tercera Edición). México: Edit McGraw Hill
- SELIGMAN, M. & CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, Vol. 55 (1), 5-14
- SELIGMAN, M. (1999). The presidents address. Annual Report. *American Psychologist*, Vol. (54), 559-562
- SELYE, H. (1946). The General Adaptation Syndrome and the Disease of adaptation. *Journal Clinical Endocrinol*, Vol. 6, 117-230
- SPIELBERGER, C.D., MOSCOSO, M.S. (1996). Reacciones emocionales del estrés: ansiedad y cólera. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, Vol. 14, 59-81
- STERLING, P., EYER, J. (1988). Allostasis, a new paradigm to explain arousal pathology. In: S. Fisher; J. Reason, (Eds.) *Handbook of Life Stress, Cognition and Health* (pp. 629-649). NewYork: John Wiley&Sons
- TAYLOR, S. E. (2007). *Psicología de la Salud* (6ª ed.). México, D.F.: McGraw-Hill
- VYTHILINGAM, M., NELSON, E. E., SCARAMOZZA, M., WALDECK, T., HAZLETT, G., SOUTHWICK, S. M. ERNST, M. (2009). Reward circuitry in resilience to severe trauma: An investigation of resilient special forces soldiers. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, Vol. 172(1), 75-77
- WAGNILD, G.M. Y YOUNG, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*. Vol. 1, 165-178
- ZALDÚA G., LODIEU M.T., KOLODITZKY D. (2000). El síndrome de Burnout en hospitales públicos. *Rev Méd Hospital J Ramos Mejía*, Vol. 7 (1), 13-7
- ZALDÚA, G., LODIEU, M.T. (2000). El Burnout: la salud de los trabajadores de salud. Investigaciones en psicología. Instituto de investigaciones. *Facultad de Psicología, UBA*, Vol. 1, 151-169

