



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**USO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO AL BURNOUT POR
PROFESIONALES DE LA MEDICINA Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE
ESPECIALIDAD CLÍNICA**

*Trabajo de licenciatura presentado ante la escuela de psicología como requisito parcial
para optar al título de licenciado(a) en psicología*

TUTOR:

Mariana Farías

AUTORES:

Karina García

Manuel González

Caracas, Enero 2013

Dedicatoria

A mis padres,

Ejemplos invaluable de constancia, sacrificio y apoyo incondicional.

...Su amor y entrega es a prueba de fuego...

A mis dulces amores, Sofia Valentina y Osnalvic André,

Mis continuos estímulos y poderosos reforzadores

... A la fortaleza y fidelidad de su espera...

Karina García S.

Agradecimientos

Hace algunos años salí de casa con el anhelo de conseguir el título que casi logro saborear. Puedo decir con certeza que a través del largo camino reí y lloré; caminé, corrí, dudé, extrañé, tropecé... pero sobre todo crecí y comprendí que estoy preparada para levantarme y que no hay tropiezo que no me regale la maravillosa oportunidad de aprender, de crecer... hoy –con ayuda de grandes personas- cosecho lo que hace unos años comencé a sembrar y me es grato reconocer que mi mayor logro es descubrirme valiente, constante, esforzada, Capaz...

Así, quiero agradecer este trabajo, en primer lugar a Dios mi Padre y redentor. Solo tú conoces el esfuerzo y la dedicación que supuso transitar este camino. Con tu infinito amor me acompañaste y caminaste delante de mí. Gracias por dejarme ver tu amor, por ser mi sustento y fortaleza en las horas difíciles y por darme la tranquilidad al comprender que todo lo que deparas para mi será de beneficio. Tus bendiciones han sido muchas... Tú, Jesús, Eres el *centro de mi vida y mi Victoria, mi Roca fuerte, mi Alto refugio, mi Poderoso Gigante...*

Agradezco a André, mi esposo, mi compañero, mi noble amor... por tu paciencia, sacrificio y lealtad. Por soportar mi ausencia sin claudicar... Gracias por ignorar el cansancio y no escatimar horas de trabajo para brindarme sustento y seguridad. Extrañarte era el estímulo que me conducía a trabajar constantemente por finalizar. El esfuerzo incansable de tu trabajo hizo posible la consecución de esta meta. Por tus oraciones y porque nuestro matrimonio es la prueba tangible de que “el amor todo lo sufre, todo lo cree, todo lo espera, todo lo soporta...” (1Co 13:7). Este logro es *nuestro*.

A Sofía Valentina, mi hermosa hija, por ser mi mayor estímulo, la poderosa razón de mi lucha y mi afán de crecer. Si alguna experiencia me irrigo verdaderas ganas de superarme, fue el saber que crecías dentro de mí... Para las tantas veces que preguntaste cuando se terminaría *la Mercidad* hoy tengo respuesta, no habrá más despedidas porque alcancé al fin el logro que quería obsequiarte. Haciendo honor a tu nombre – y a tus poquitos años- eres muestra de *sabiduría, fuerza y valor*. Gracias por esperarme tantas noches sentadita a la puerta y por soportar valiente cada despedida. ¡Eres y serás siempre mi mejor y más dulce reforzador!

A mi madre por sus infinitos sacrificios, por enseñarme el valor del esfuerzo constante, por instruirme en el mundo de la lógica, de la parsimonia y de la plasticidad, por mostrarme como desarrollarme en lo mucho y en lo poco, por ser siempre el amor que no se cansa... Tus altos estándares me enseñaron a buscar siempre y en todo la

excelencia y tu incondicional entrega me dieron muestra de amor sin reservas... A mi padre por enseñarme a confiar en mis capacidades. Gracias por extinguir la frase “no puedo” en mi vocabulario, por tus consejos, por tu invaluable ayuda... por mostrarme un amor que lo entrega todo y por sembrar en mi la necesidad de descubrir, de aprender, de saber... por desdibujar los límites. En ti conocí la protección y la seguridad... Reconozco sus esfuerzos y sacrificios. Los admiro enormemente. Gracias por infundir valores de honestidad, respeto, solidaridad, obediencia, esfuerzo y sacrificio. Por cuidar a mi hija con incuestionable dedicación. Ustedes son mi más fiel soporte y a ustedes debo la vida y la persona que soy. ¡Este título es por y para ustedes!

A mis hermanos; Néstor, Zulay y Edgardo. Han sido siempre ejemplos de honestidad, constancia, esfuerzo y valor. Ciertamente fue un privilegio ser la menor entre ustedes porque aprendí de sus aciertos y equivocaciones, porque recibí de su parte corrección, dirección y cuidado. Gracias por ir adelante señalando el camino, por las mil enseñanzas, por tanto amor.

A los miembros de mi familia que, fuera de casa, me brindaron, la tranquilidad de un apacible hogar, la confianza, el consejo, el cuidado, el apoyo y el amor, les estaré agradecida siempre. Adelita (+), León, Mary, Sebastián, Irma, Nubia, Alejandro, Maritza, Miguel, Diana, Edgardito, Kaki, Marina, Luis y todos aquellos que aportaron enormes granitos de arena en este proyecto, ¡Gracias!

A mi “Cluster”, Manuel González y María R. Figueroa, por su valiosa amistad. Nos unió un origen y una meta en común. De la mano recorrimos este ciclo y juntos lo concluimos ahora. Gracias por su incondicional apoyo y sostén en los momentos cruciales. Mi Manu Manu has sido desde el principio el amigo incondicional, tu apoyo en los tiempos difíciles fue fundamental para mantenerme en el camino, gracias por obsequiarme la seguridad de una amistad sincera fundamentada en el respeto y la lealtad, tu amistad es un enorme privilegio. Te admiro por tu búsqueda de la excelencia y tu integridad. María Rosita, mi Ami, gracias por ser ese oído presto a escuchar, por la sinceridad de tus palabras y por siempre robarle una sonrisa a los buenos y malos momentos, gracias por estar aunque no estuvieras, por tu fiel y bonita amistad. Fue hermoso transitar con ustedes, gracias por tantas sonrisas... lo logramos, “somos un éxito”...

A los pastores Teo y Jean, líderes y guías espirituales, por llegar en el momento justo ayudando a sostener las piezas rotas de mi mundo espiritual. Infinitas gracias por compartir su tiempo, ayuda, consejo y sabiduría. Por su inquebrantable fe e inmejorable labor.

A la Universidad Central de Venezuela por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de desarrollarme en sus aulas. A los profesores de la escuela, a los que fueron guías y amigos, a los que fueron aporte a mi formación, muchas gracias... es un orgullo y un privilegio egresar de *La Casa que Vence las Sombras*. Al personal médico, del Hospital Universitario de Caracas por su apertura e invaluable colaboración en la fase final de nuestra carrera, nuestro proyecto de investigación, ¡Gracias!

A nuestra amiga y tutora, Mariana Farías, quien nos guió con sabiduría a este resultado... Gracias por tu minuciosa y dedicada corrección, por la confianza, por el apoyo y en gran manera por ayudarnos a alcanzar con éxito la meta final de este proyecto, instruyendo la excelencia en cada detalle. Gracias por tu trato delicado y amable y porque en momentos cruciales estuviste presta a escuchar y entender, tu guía fue pieza clave para culminar el camino.

Karina García S.

Dedicatoria

*A mi mayor tesoro, mi madre la incansable, la indefraudable, la irremplazable
...ella, la responsable de mi calidez y de mi mundo emocional...*

*A mi padre, promotor de mi constancia y mi necesidad de llegar un poco más allá
...con la esperanza de acercarme un poco más a “lo suficiente” ...*

Este logro es debido a ustedes y en honor a ustedes

Los amo.

Manuel A. González P.

Agradecimientos

En primer lugar a Dios todo poderoso quien me concedió la dicha y la suerte de haber nacido rodeado de mucho amor y atenciones, por haberme dado una vida sin carencias ni excesos, por haberme regalado a la hermosa familia que tengo.

A mi madre quien me ha brindado durante toda mi vida un amor y apoyo incuestionables a prueba del paso del tiempo y de cualquier tipo de dudas.... Sin tu invaluable soporte y compañía jamás hubiese podido llegar hasta aquí, una gran parte de lo que soy es debido a tu palabra, a tu consejo y a la manera en que me criaste. Gracias por siempre guardar esa inquebrantable fe en mí, por jamás haber perdido las esperanzas en ocasiones en las que yo mismo llegue a dudar de mis propias capacidades, en todo momento siempre estuviste allí para brindarme tu mano, tu consuelo y tu sabio consejo, para no permitir que me diera por vencido, para motivarme y hacerme creer, para darme esperanzas. Jamás pudiese resumir en estas líneas lo que ha significado y significara para mí la bendición de ser tu hijo. Te amo Madeja.

A mi padre Manuel, una de las personas que más he admirado y respetado. Gracias por inculcar en mí la curiosidad por conocer, por despertar en mí la necesidad de cultivar mi intelecto y por sobre muchas cosas por imbuir en mí ese gran deseo de superación el cual en los momentos más difíciles me impulsaron a seguirlo intentando, una y otra y otra vez... por enseñarme a siempre querer llegar un poco más allá y a no conformarme con lo que no me satisface, a no limitarme como persona y a pensar de manera crítica. Tú ejemplo de educación y profesionalismo en muchas situaciones, asentaron en mí las bases del hombre que soy hoy en día y del futuro Psicólogo Clínico que seré.

A mis queridas tías Juanita y Cania, por esperar tanto de mí y por enorgullecerse, por demostrarme con hechos más que con meras palabras lo importante que soy en sus vidas, por haber estado allí conmigo en ese momento gris de mi vida, cuando más las necesité, cuando mi salud se quebrantó y me obligó a tomar conciencia de muchas cosas. Jamás podre agradecerles lo suficiente por estar allí noche tras noche, por estar incansablemente, brindándome siempre su sonrisa, amor y cuidados.

A mí querida hermana, por confiar y por estar, por tu apoyo y confianza, por respetarme como hermano y como hombre, por escucharme cuando lo necesito y por ser tan cariñosa y especial. Estoy seguro de que tarde o temprano la vida sabrá recompensar tu vocación de ayuda desinteresada y tu desprendimiento para con tus seres queridos

características que hacen que seas una persona digna de la más grande de las consideraciones.

A mis queridos amigos Herten Vilela, Shadia Díaz, Marilyn Albiol, Reinaldo Pilca, Maria Rosa Figueroa y a mi muy apreciada Kary Kary, hermanos que me regaló la vida. Cada uno de ustedes contribuyó de alguna manera a que este sueño por fin se hiciera realidad... Hertz gracias por la música y por nuestra amistad basada en el respeto mutuo. Shadia a ti por tu sinceridad y espontaneidad en todo lo que haces. Mary te agradezco las interminables llamadas de contención, tus consejos basados en tu experiencia, tu apoyo siempre desinteresado y por esta amistad pura que mantenemos desde hace tantos años. Reinaldo gracias por tu apoyo y por ese intercambio de pareceres y saberes tan grato que fluye en la mayoría de nuestros encuentros. Maria Rosita te agradezco por las veces que, a tu manera, me pusieras en contacto con la realidad y por la paciencia que tuviste con alguien que termino teniéndote un gran cariño y a ti mi Kary Kary, mil gracias por creer en mí, por escucharme y apoyarme dándome siempre tu sincera opinión, por brindarme tu inmutable optimismo, por soportarme durante casi toda la carrera y por permitirme el inconmensurable honor de estar entre tus verdaderos amigos, después de todo siempre tuviste razón querida amiga, “*somos un éxito*”. Gracias por encargarte de recordármelo constantemente y por siempre mantener esa fe a prueba de dudas. ¡Lo logramos! A mi novia Johanna Vargas quién me ha enseñado *lo bello de ser correspondido*, con quien he experimentado tantas veces *lo desconocido* y quien me ha ayudado a conocerme un poco mejor a mí mismo, gracias por tu apoyo y por tener tanta fe en mi.

A los médicos del Hospital Universitario de Caracas y a los de otros centros de salud, sin quienes hubiese sido imposible llevar a cabo la investigación y muy especialmente a nuestra querida tutora Mariana Farías, sin quien no hubiésemos podido obtener este resultado final, gracias por tanta paciencia y por hacernos entender lo importante de tener en cuenta cada detalle, gracias por no solo brindarnos tu invaluable sabiduría sino también tu maravillosa amistad... seguramente si serán muchos más los elogios que otras cosas...

Manuel A. González P.

Uso de estrategias de Afrontamiento al Burnout por Profesionales de la Medicina y su relación con el tipo de Especialidad Clínica

García, Karina

karygarciasanchez@gmail.com

González, Manuel

manuel.alejandro@live.com

Farías, Mariana

mfariasmm@yahoo.com

Universidad Central de Venezuela

Escuela de Psicología

Enero, 2013

Resumen

En este trabajo se evaluó el uso de estrategias de afrontamiento (centradas en el problema y/o centradas en la emoción) a través de la aplicación del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE). Se aplicó a 77 médicos pertenecientes a 8 especialidades clínicas ejercidas en el Hospital Universitario de Caracas. Se exploró la relación existente entre el tipo de especialidad médica y uso de estrategias de afrontamiento. Para este fin se empleó un diseño transeccional y pruebas de chi cuadrado (χ^2). Los resultados arrojaron la existencia de relaciones estadísticamente significativas entre la edad y las dimensiones del afrontamiento centrado en la emoción así como también entre el tipo de especialidad médica y el uso de estrategias de afrontamiento.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento, especialidades médicas, síndrome de Burnout, Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE).

Índice General

Introducción.....	14
El Problema de Investigación	
CAPITULO I: El Problema de Investigación.....	17
1.1 Planteamiento y Formulación del problema.....	17
1.2 Justificación de la investigación.....	18
1.3 Objetivos de la investigación.....	20
1.3.1 Objetivo general.....	20
1.3.2 Objetivos específicos.....	21
Marco Teórico	
CAPITULO II: Estrategias de Afrontamiento.....	22
2.1 Definiciones.....	22
2.2 Tipos de estrategias de afrontamiento.....	24
2.3 Medición del afrontamiento.....	26
CAPITULO III: El Burnout y el Estrés.....	35
3.1 Definiciones.....	35
3.2 Caracterización del síndrome de Burnout.....	38
3.3 Medición del Burnout.....	39
3.4 Causas del Síndrome de Burnout.....	41
3.5 Consecuencias del padecimiento prolongado.....	44

CAPITULO IV: Investigaciones Realizadas en el Área de Estrategias de Afrontamiento y Burnout.....	46
Marco Metodológico	
CAPITULO V: Características Metodológicas de la Investigación.....	49
5.1 Tipo y Nivel de la Investigación.....	49
5.2 Sujetos.....	49
5.3 Muestra.....	51
5.4 Ambiente.....	55
5.5 Instrumentos, materiales y equipos.....	56
5.6 Sistema de variables.....	58
5.7 Diseño de la investigación.....	62
5.8 Procedimiento.....	63
Resultados de la investigación	
CAPITULO VI: Análisis de datos y Discusión.....	69
6.1 Análisis de datos.....	69
6.2 Discusión de resultados.....	87
CAPITULO VII: Conclusiones de la Investigación.....	89
CAPITULO VIII: Limitaciones y Recomendaciones	
8.1 Limitaciones de la investigación.....	91
8.2 Recomendaciones.....	91
Referencias.....	94
Anexos.....	103

Índice de Tablas

<i>Tabla 1: Las ocho especialidades más estresantes resultantes del sondeo de opinión</i>	53
<i>Tabla 2: Puntajes brutos de un sujeto ejemplo por dimisión.....</i>	66
<i>Tabla 3: Obtención de las estrategias de afrontamiento preferente del Ss ejemplo.</i>	67
<i>Tabla 4: Frecuencia de la muestra según el edad.....</i>	77
<i>Tabla 5: Estadísticos descriptivos de la muestra según la edad.....</i>	78
<i>Tabla 6: Frecuencia de la muestra según la especialidad médica.....</i>	79
<i>Tabla 7: Prueba de χ^2 para uso predominante de estrategia de afrontamiento y especialidad médica.....</i>	80
<i>Tabla 8: Tabla de contingencia de estrategia de afrontamiento predominante y especialidad médica.....</i>	81
<i>Tabla 9: Prueba de χ^2 para estrategia de afrontamiento predominante (según su frecuencia de uso) y especialidad médica.....</i>	82
<i>Tabla 10: Tabla de contingencia estrategia de afrontamiento predominante (según su frecuencia de uso) y especialidad médica.....</i>	83
<i>Tabla 11: Prueba de χ^2 para edad y dimensiones de afrontamiento centrado en la emoción.....</i>	84
<i>Tabla 12: Tabla de contingencia de edad y dimensiones del afrontamiento centrado en la emoción.....</i>	85

Índice de Figuras

<i>Figura 1: Obtención del punto límite de inclusión para alto grado de estrés.....</i>	52
<i>Figura 2: Sistema de variables.....</i>	58
<i>Figura 3: Categorías de la variable especialidad médica.....</i>	64
<i>Figura 4: Categorías de la variable estrategias de afrontamiento.....</i>	64
<i>Figura 5: Participantes por genero.....</i>	70
<i>Figura 6: Participantes por edad.....</i>	71
<i>Figura 7: Especialidades ofrecidas por HUC según el grado de estrés adjudicado ...</i>	72
<i>Figura 8: Número de participantes de acuerdo a la especialidad médica.....</i>	73
<i>Figura 9: Uso de las estrategias de afrontamiento centrado en el problema.....</i>	74
<i>Figura 10: Uso de las estrategias de afrontamiento centrado en la Emoción.....</i>	75
<i>Figura 11: Uso predominante de las estrategias de afrontamiento.....</i>	76

En las últimas décadas, la investigación relacionada con el estrés se ha incrementado, diversificado y nutrido en gran número, probablemente por las consecuencias que éste ocasiona en todos los entornos del individuo que la padece. En consecuencia, la literatura correspondiente con este tema aborda numerosas y diferentes concepciones del mismo. Una de las concepciones más comunes de los autores con mayor investigación al respecto son Lazarus y Folkman (1984) quienes conciben el estrés como la interacción entre el individuo y su entorno en el que el individuo lo evalúa como abrumador, excediendo sus propios recursos para responder y afectando su bienestar.

En general, el estrés tiende a repercutir en la salud física y mental de un individuo, afectando todas las áreas en las que se desenvuelve. Una de las áreas que recibe especial interés dentro de la literatura es el entorno laboral de la persona. El estrés relacionado con la actividad laboral es uno de los factores de mayor impacto en los centros de trabajo, ya que sus manifestaciones repercuten en la salud y el bienestar de los trabajadores (Aranda, Pando, Salazar, Torres, Aldrete y Pérez, 2004) Entre las consecuencias más reconocidas al estrés laboral crónico se encuentra el llamado Síndrome de Burnout el cual puede ser traducido como “quemarse por el trabajo”, estrés laboral o “desgaste profesional”, entre otros. Dicho término hace referencia a una respuesta producto de una exposición prolongada a una situación laboralmente estresante que por lo general se muestra en personas que trabajan prestando asistencia a otros (Freudenberguer, 1974 c. p. Contreras, Juárez y Murrain, 2008).

Al considerarse al síndrome de Burnout como una consecuencia del estrés laboral, numerosos autores (Aranda y cols., 2004; Blanch, Aluja y Biscarri, 2002; Blandin y Martínez, 2005; Bethelmy y Guarino, 2008; Contreras y cols., 2008; Foz, 2008; Gil, 2003; Madrigal, 2006; Moreno, Seminotti, Garrosa, Rodríguez y Morante, 2005; Popp, 2008; Bernaldo de Quiroz y Labrador, 2007) lo han relacionado con las Estrategias de Afrontamiento que son utilizadas por los individuos para manejar las demandas ambientales excesivas (Lazarus y Folkman, 1986). El uso de tales estrategias depende de la evaluación que se haga de la situación, de la disponibilidad de recursos y de las experiencias previas (Mok y Tam, 2001; Richardson y Poole, 2001, c.p. Contreras y cols, 2008.). Muela, Torres y Peláez (2002) distinguen entre las estrategias centradas en el problema (definición del problema y búsqueda de soluciones alternativas) y las centradas en la emoción (regulación de la respuesta emocional ante la situación demandante).

En este contexto, Contreras y cols (2008). sostienen que existe una correlación entre las estrategias de afrontamiento y el Burnout, indicando que las estrategias orientadas al problema correlacionan negativamente con el Burnout en tanto que incrementan la realización personal e implican control, mientras que las orientadas a la emoción son ineficaces al implicar una tendencia a perder el control sobre la situación. Se han realizado trabajos de investigación que han centrado su atención en la relación entre este síndrome y las estrategias de afrontamiento utilizados por profesionales en el campo de la salud, principalmente personal de enfermería y médicos, que son considerados “población de riesgo” por las excesivas demandas que implican los centros de salud (Bethelmy y Guarino, 2008).

Una de las caracterizaciones más generalizadas de las estrategias de afrontamiento consiste en distinguir esencialmente entre las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y aquellas centradas en la emoción (Muela y cols., 2002). Las estrategias de afrontamiento orientadas al problema buscan definir el problema y encontrar soluciones alternativas lo que generaría un mejor ajuste y adaptación ante los estresores y conduciría a experimentar menos síntomas psicológicos (Lazarus y Folkman, 1986). Las orientadas a la emoción intentan regular la respuesta emocional que surge como consecuencia de la situación y pueden dañar la salud al impedir que se manifiesten conductas adaptativas (Lazarus y Folkman, 1986; Popp, 2008).

Bajo esta perspectiva, la presente investigación intento identificar la posible relación entre el tipo de especialidad médica y las estrategias de afrontamiento al Burnout utilizadas por profesionales de la medicina. Para el logro de este propósito, a continuación presentamos los basamentos teóricos y metodológicos que sustentaron este trabajo, además del análisis, reflexiones y conclusiones derivadas de los resultados obtenidos. El capítulo de marco teórico abarca aspectos referidos al planteamiento del problema, la justificación y los objetivos de la investigación, así como al sustento teórico, desde las estrategias de afrontamiento hasta el estrés y al Burnout, considerando las investigaciones relacionadas. En el referente metodológico planteamos el tipo de investigación, características de la muestra, el diseño y el procedimiento seguido. Finalmente presentamos las conclusiones a las que se llegó de acuerdo a los resultados obtenidos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento y Formulación del Problema

En este capítulo incluimos elementos que están presentes en el abordaje del síndrome de Burnout, de interés en este estudio, los cuales sirvieron de fundamento para el mismo. El Burnout es una respuesta de estrés ante las demandas laborales. En esta investigación el área de interés se centra en los estilos de afrontamiento al Burnout en profesionales que laboran en el área de la salud. Al respecto, Bethelmy y Guarino (2008), en un estudio realizado con médicos venezolanos, exponen una serie de variables que se relacionan con los niveles de Burnout y los estilos de afrontamiento. Destacan entre ellas, el género, la personalidad, cargo ejercido, unidad médica a la cual se encuentra adscrito y la especialidad médica del profesional de la salud. Las autoras sostienen que especialidades médicas como medicina interna, cardiología, oncología, cirugía, nefrología y terapia intensiva (Arminio, comunicación personal, Febrero de 2005; Calvanese, comunicación personal, Noviembre 2004; Dorzt, Novara, Sica, y Sanavio, 2003; Mingote et al. 2004, c. p. Bethelmy y Guarino, 2008), son catalogadas de alto riesgo, ya que por su propia definición y campos de acción conducen a los médicos a desarrollar altos niveles de estrés y a utilizar determinadas estrategias de afrontamiento (Bergman, Ahmad, y Stewart, 2003, c. p. Bethelmy y Guarino, 2008).

De acuerdo a lo dicho, este trabajo de investigación tiene como propósito realizar un estudio correlacional sobre la relación entre el uso de estrategias de afrontamiento al Burnout por parte de profesionales de la salud (médicos) y la especialidad médica que ejercen. Se deriva la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la relación entre el tipo de especialidad médica y las estrategias de afrontamiento al Burnout empleadas por profesionales de la medicina que laboran en el Hospital Universitario de Caracas?

Justificación de la Investigación

En los últimos años se ha notado un incremento en el interés por parte de las instituciones que prestan servicios sobre el bienestar de sus propios empleados, lo que ha estimulado la realización de estudios concernientes al estrés laboral y el síndrome de Burnout. Como refieren Blandin y Martínez (2005), resulta imperativo para los empleadores promover el bienestar y salud laboral, relacionados con la eficacia de cada institución, que se mide tanto en el desempeño adecuado de sus trabajadores o profesionales como en el servicio final prestado. En este orden de ideas, trabajos como el realizado por Blandin y Martínez (2005) han abordado el vínculo entre el Burnout y médicos venezolanos, estos autores señalan como una realidad la existencia del síndrome en médicos de todo el país.

Ahora bien, en concordancia con lo que estamos refiriendo, algunas investigaciones que han estudiado el vínculo entre estrategias de afrontamiento y el

síndrome de Burnout (Montoya y Moreno, 2012) describen que el uso de estrategias de afrontamiento evitativas, centradas en la emoción pudiesen considerarse como un predictor del síndrome.

Así, Coincidiendo con Montoya y Moreno (2012), Blanch y cols (2002) sostienen que autores como Thornton (1992), Chan y Hui (1995), Yela (1996), Gil y Peiró (1995), Hart, Wearing y Headey (1995), realizaron investigaciones en las que concluyeron que las estrategias de afrontamiento indirectas (evitativas y centradas en la emoción) se relacionan con la aparición del síndrome. En esta misma línea, Koeske (1993, c.p. Blanch y cols., 2002), halló que estrategias de afrontamiento orientadas al control facilitaban una mayor capacidad para afrontar situaciones laborales difíciles.

Por su parte Bethelmy y Guarino (2008) señalan que son escasas las investigaciones que trabajan sobre la relación entre médicos y Burnout en Venezuela, sin dejar de lado que algunos estudios realizados en el país han abordado la relación entre Burnout y estrategias de afrontamiento. Por otra parte, las investigaciones revisadas en este campo no refieren estudios sobre especialidades médicas y uso de estrategias de afrontamiento por parte de médicos, tema de interés de este trabajo de investigación.

Por lo dicho, resulta interesante plantearse si existe alguna relación entre la especialidad clínica de médicos venezolanos que laboran en un hospital público en la ciudad de Caracas y el uso de estrategias de afrontamiento ante situaciones laborales demandantes.

Por otra parte, es indiscutible la utilidad derivada de la identificación de las especialidades médicas que -por la demanda laboral inherente a las mismas- se relacionen con el uso (en exceso o déficit) de las estrategias de afrontamiento (centradas en el problema/en la emoción). La posibilidad de categorizar las distintas especialidades según la utilización de estas estrategias pudiese ser considerada para el diseño e implementación de programas dirigidos a promover un uso frecuente, adecuado y pertinente a la situación demandante de estrategias de afrontamiento. Lo planteado redundaría en un trato más eficiente de los profesionales de la salud hacia sus pacientes, además se reduciría la incidencia del padecimiento del síndrome de Burnout en los médicos que prestan atención en el área de la salud. Se evidencia pues, la justificación social de esta investigación, tomando en cuenta que, un mejor afrontamiento por parte de quienes trabajan con la salud de los pacientes no solo remediaría momentáneamente la afección de quien busca la ayuda, pudiese tratarse incluso de salvar vidas.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

- Identificar la relación entre el tipo de especialidad médica y las estrategias de afrontamiento al Burnout utilizadas por médicos que laboran en el Hospital Universitario de Caracas.

Objetivos Específicos

- Identificar la relación entre el tipo de especialidad médica y las estrategias de afrontamiento al Burnout utilizadas por médicos que laboran en el Hospital Universitario de Caracas.
- Evaluar qué tipo de estrategias de afrontamiento al Burnout (centradas en el problema/centradas en la emoción) utilizan los médicos según la especialidad clínica.
- Evaluar la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento por parte de los médicos y su especialidad clínica.
- Explicar el uso de estrategias de afrontamiento al Burnout según la edad.

CAPÍTULO II

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Definiciones

Se han propuesto diversas definiciones sobre el término afrontamiento, la mayoría enfatizan el proceso evaluativo que atraviesa una persona ante alguna situación generadora de niveles significativos de estrés. Según Gil y Peiró (1997, c. p. Quaas, 2006), las estrategias de afrontamiento son los esfuerzos conductuales y cognoscitivos que realiza una persona con el fin de dominar o reducir las exigencias creadas por transacciones estresantes. Esta definición coincide con lo propuesto por Lazarus y Folkman (1986), quienes conceptualizan al afrontamiento como los esfuerzos dirigidos a manejar todas aquellas situaciones que se valoren en un momento determinado como potencialmente dañinas o estresantes, lo que implica que se requiere de esfuerzo y planeamiento del individuo, que el resultado del afrontamiento en ocasiones es positivo y que el afrontamiento es un proceso que se desarrolla en el tiempo.

Algunas definiciones de estrategias de afrontamiento señalan que son estables en el tiempo y ante las distintas situaciones que enfrenta la persona. Así, Lazarus y Folkman (1984, c. p. Sandin y Chorot, 2003) argumentan que un mismo individuo puede utilizar diversas estrategias (adaptativas o no) para enfrentarse a una situación estresante y que su uso puede llegar a ser estable en distintas situaciones generadoras de estrés. Sobre este aspecto Sandin y Chorot (2003) señalan que lo expuesto por Lazarus es coherente con la

idea que tienen algunos autores acerca de que las distintas disposiciones personales suelen estar determinadas por una interacción entre situaciones externas y disposiciones personales. Este argumento lleva a pensar en las estrategias de afrontamiento más como el resultado de una tendencia previa a la acción matizada o influenciada por el evento estresante per se. Coincidiendo con Sandin y Chorot (2003), Morales y Trianes (2010) refieren que el afrontamiento es el resultado de un proceso ligado a la evaluación que se hace sobre las demandas de una situación, por lo que, las estrategias de afrontamiento resultantes pueden diferir mucho a las empleadas en otras situaciones distintas. Por su parte Torestad, Magnuson y Olah (1990, c. p. Sandin y Chorot, 2003) asumen que las estrategias de afrontamiento están determinadas tanto por la situación como por el individuo (rasgo).

Según Londoño y cols., (2006), las estrategias de afrontamiento han sido abordadas en el campo de la salud mental y de la psicopatología con relación al estrés, emociones y solución de problemas. En el ámbito del estrés estas estrategias se consideran como todos los recursos cognoscitivos y conductuales orientados a resolver el problema o eliminar una respuesta emocional o a modificar la evaluación que se hizo en un principio de la situación generadora del estrés. Estos autores indican, que el uso final de una estrategia de afrontamiento específica estará íntimamente relacionado con la situación en la que se esté, la evaluación que se haga de dicha situación y el control que sobre la situación perciba el involucrado. La sobregeneralización del uso de un estilo de afrontamiento se suele convertir en un estilo de afrontamiento relativamente estable ante

situaciones estresantes (Martínez, Jiménez y Fernández-Abascal, 1997, c. p. Londoño y cols., 2006).

De acuerdo a las definiciones presentadas hasta el momento, en el presente trabajo se adaptará un concepto de estrategias de afrontamiento basado en los planteamientos de Lazarus y Folkman (1984), Sandin y Chorot (2003) y Morales y Trianes (2010), que las refieren como “un proceso evaluativo que hace el individuo sobre sus capacidades y las demandas del entorno, dependiendo su uso de la interacción que establezca el sujeto (tendencia a comportarse de una manera determinada) con las exigencias de la situación estresante”.

Con la finalidad de ampliar la comprensión de las estrategias de afrontamiento se presentara a continuación la clasificación manejada comúnmente en la literatura relacionada con el tema.

Tipos de Estrategias de Afrontamiento

En cuanto a los tipos de estrategias de afrontamiento se han propuesto dos tipos, la primera centrada en el problema, que puede estar *orientada hacia la externalidad*, caso en el que se busca alterar la situación o comportamiento de otros u *orientada hacia la internalidad*, donde se hacen reconsideraciones sobre las propias actitudes y necesidades así como sobre el desarrollo de nuevas habilidades para responder a la situación estresante. La segunda centrada en la emoción, que se caracteriza por la utilización de técnicas como ejercicios físicos, meditación, relajación, comunicación de los

sentimientos y búsqueda de apoyos externos (Lazarus y Folkman, 1984, c. p. Kleinke, 2001).

Según Lazarus y Folkman (1984, c. p. Kleinke, 2001), se tienen más probabilidades de ejecutar estrategias de afrontamiento centrado en el problema cuando se considera que se puede hacer algo con respecto al desafío, por otra parte, se tiende a emplear una estrategia de afrontamiento centrada en la emoción cuando se evalúa que un desafío sobrepasa las propias capacidades. Kleinke (2001), aboga sobre la idoneidad de emplear ambos tipos de estrategias en determinadas situaciones, por ejemplo si una persona tiene una entrevista de trabajo, pudiese practicar con antelación las respuestas a las posibles preguntas que le harán (estrategia centrada en el problema) y a la par pudiese emplear alguna técnica de relajación y optar por asumir una actitud colaboradora en cuanto a la disposición que pueda expresar en la entrevista (estrategias centradas en la emoción).

Coincidiendo con lo expuesto por Lazarus (1984) y Londoño y cols. (2006) quienes explican que el afrontamiento puede centrarse en la emoción o en la valoración de la misma situación, en el caso de que se orienten los esfuerzos a manipular o alterar el origen de lo que se considera amenazante se estaría ante el empleo de una estrategia dirigida al problema, por el contrario, al enfocarse en la respuesta emocional percibida provocada por la situación estresante y al realizar intentos por reducir o eliminar esta respuesta emocional se estaría ante un uso de estrategia de afrontamiento centrada en la emoción. Cabe destacar que al utilizar este último tipo de estrategia de afrontamiento se

tiende a realizar una reevaluación de la evaluación inicial (generadora de estrés) con el fin de disminuir la amenaza percibida por el individuo.

Otras investigaciones (Carver, Sheier y Wientraub, 1989, c. p. Quaas, 2006) mencionan además del afrontamiento centrado en el problema y en la emoción, uno llamado afrontamiento de evitación, en el que se ejecutan conductas que tienen la finalidad el evitar el afrontamiento. Los intentos, cognoscitivos o conductuales, pueden ocurrir de distintas formas. Por una parte, puede suceder que se empleen de manera activa, caso en el que se disponen todos los esfuerzos posibles para solucionar la situación. Por otra parte, se pueden utilizar de una manera pasiva, caso en el que el individuo simplemente se exime de realizar alguna acción sobre la situación estresante y espera a que las cosas cambien por si solas. Por último, puede suceder que se realicen esfuerzos evitativos en los cuales se tiende a huir tanto de la situación como de sus consecuencias Londoño y cols. (2006).

Un aspecto de suma importancia en el estudio de las estrategias de afrontamiento consiste en la forma como se evalúan las mismas, por tal motivo, el apartado siguiente intentara dar cuenta de los principales métodos de medición de estas estrategias, considerando los principales instrumentos construidos para tal fin.

Medición de las Estrategias de Afrontamiento

Se han propuesto distintos instrumentos destinados a la medición de las estrategias de afrontamiento, la mayoría de estos derivados de la teoría de Lazarus y

Folkman. Entre los más conocidos se encuentran el Cuestionario de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping Instrument), el COPE, el Indicador de estrategias de Afrontamiento (The Coping Strategy Indicator), la Escala de Estrategias de Coping-Revisado, Londoño y cols. (2006) y el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE).

En lo que respecta a las tres primeras escalas (Ways of Coping Instrument, COPE y The Coping Strategy Indicator) se han realizado varios estudios con muestras norteamericanas en las que se han validado estas pruebas y además han sido adaptadas a distintas poblaciones. Las tres escalas muestran altos índices de confiabilidad y validez, además de mantener la estructura factorial en cada una de ellas (Londoño y cols., 2006). La última escala, Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE), igualmente ha demostrado gozar de altos niveles de confiabilidad y ha sido utilizada en varios estudios relacionados con el uso de las estrategias de afrontamiento con muestras latinoamericanas (Contreras, Espinosa, Esguerra, 2009; Contreras, Esguerra, Espinosa y Gómez, 2007). A continuación, se reseñara brevemente cada uno de estos instrumentos con el fin de tener una perspectiva más completa de la evaluación en el área.

Ways of Coping Instrument (WCI)

Esta escala fue desarrollada por Lazarus y Folkman (1984), con la finalidad de evaluar el afrontamiento a través de la reconstrucción que hacen las personas de ciertas situaciones estresantes recientes cuando describen lo que piensan y sienten en ese momento. El instrumento cuenta con 67 ítems de cuatro opciones cada uno. Se miden los estilos de afrontamiento dirigidos a la emoción y a la resolución de problemas. También

se evalúan los afrontamientos de acción directa, inhibición de la acción, búsqueda de información y afrontamiento intrapsíquico o cognoscitivo (Londoño y cols., 2006).

Wright (1990, c. p. Londoño y cols; 2006) señala que las escalas derivadas del Ways of Coping Instrument (WCI) han sido ampliamente empleadas en distintas investigaciones y muestran una consistencia interna que sigue siendo tema de estudio. La confiabilidad interna del WCI en el inventario de Tipos de Afrontamiento oscilo entre 0,61 y 0,79. En un estudio de Wineman, Drurand y McCulloch (1994, c. p. Londoño y cols; 2006) se encontró que el instrumento tenia alta validez de constructo y alta sensibilidad, en especial en los factores que miden los componentes de enfrentamiento al estrés severo.

Cuestionario Multidimensional de Afrontamiento

Este instrumento fue realizado por Carver y cols. (1989) para evaluar los estilos de afrontamiento ante el estrés. Está conformado por cinco escalas que miden estrategias de afrontamiento centradas en el problema (afrontamiento activo, planeación, supresión de actividades competitivas, afrontamiento restringido, búsqueda de apoyo social instrumental), cinco escalas de afrontamiento centradas en la emoción (búsqueda de apoyo social emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación y refugio en la religión) y tres escalas que evalúan las respuestas de afrontamiento (enfocado en la ventilación de emociones, desenganche comportamental y desenganche mental), Londoño y cols. (2006).

El instrumento fue traducido del inglés al español y se encontró convergencia entre las versiones con una correlación entre las dos versiones de 0,72 (Perczek, Carver, Price y Pozo-Kaderman, 2000, c. p. Londoño y cols. 2006). También fue validado en la población francesa por Muller y Spitz (2003, c. p. Londoño y cols. 2006). Se reportan catorce escalas de afrontamiento con una sólida estructura factorial (afrontamiento activo, planeación, ayuda instrumental, ayuda emocional, expresar, retirada del comportamiento, autodistracción, autocolpa, refrenar positivo, humor, negación, aceptación, religión y uso de sustancias). Los resultados de esta validación en la población francesa demostraron además que las estrategias de afrontamiento funcionales como el afrontamiento activo, estaban ligadas a una alta autoestima, a bajo estrés percibido y a mayor distres psicológico. Las estrategias menos funcionales como la negación y la autocolpa se ligaron a una baja autoestima, a un mayor estrés percibido y a un mayor distres psicológico. También se demostró que el control percibido de la situación influyó en la utilización de las estrategias (Londoño y cols., 2006). Martin, Jiménez y Fernández-Abascal (1997 c. p. Londoño y cols. 2006), señalan una confiabilidad del Cuestionario Multidimensional de Afrontamiento que oscila entre 0,42 y 0,89.

Indicador de Estrategias de Afrontamiento

Este instrumento fue realizado por Amirkhan (1994 c. p. Londoño y cols. 2006), el mismo demostró contar con una adecuada consistencia psicométrica tanto en un estudio llevado a cabo en laboratorio como en personas que participaron en programas educativos y terapéuticos. Se reporta que la confiabilidad de este instrumento oscila entre 0,76 y 0,93.

Escala Multidimensional Coping Inventory

Fue construido por Endler y Parker (1990 c. p. Londoño y cols. 2006) para evaluar tres estilos de afrontamiento: estrategias orientadas a la tarea, estrategias orientadas a la emoción y estrategias orientadas a la evitación. Posee una alta validez de criterio con el Ways of Coping Inventory, alta confiabilidad y correlación con medidas de depresión, ansiedad, patrón de comportamiento tipo A, neuroticismo y extraversión. La confiabilidad del cuestionario va de 0,76 a 0,91, Fernández-Abascal (1997 c. p. Londoño y cols. 2006)

Escala de Estrategias de Coping-Revisado (EEC-R)

Esta escala, realizada por Chorot y Sandin en 1993 es una versión modificada y mejorada del WCI de Lazarus y Folkman (1984), incluye nueve escalas (focalización en la situación del problema, autocontrol, reestructuración cognitiva, búsqueda de apoyo social, religión o espiritualidad, búsqueda de apoyo profesional, autofocalización negativa, expresión emocional abierta y evitación).

Escala de Estrategias de Coping-Modificado (EEC-M)

Es una versión adaptada y validada a la población colombiana de la Escala de Estrategias de Coping-Revisado de Chorot y Sandin (1993, c. p. Londoño y cols., 2006) realizada por Londoño y cols. (2006). Inicialmente se incluyen 14 estrategias de afrontamiento: búsqueda de alternativas, conformismo, control emocional, evitación emocional, evitación comportamental, evitación cognoscitiva, reacción agresiva, expresión emocional abierta, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, búsqueda

de apoyo profesional, religión, refrenar afrontamiento y espera. La escala consta de 98 preguntas, 7 por cada una de las estrategias evaluadas.

Luego del análisis factorial realizado por los investigadores la escala se reagrupa en 12 factores, a saber: solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognoscitiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, reevaluación positiva, negación y autonomía. Luego del análisis factorial desaparecen las estrategias de conformismo, control emocional, evitación comportamental, expresión emocional abierta y refrenar afrontamiento. Reporta una alta consistencia interna de los 12 factores resultantes, siendo el Alfa de Cronbach de 0,847 con una varianza total explicada de 58%.

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE)

Este cuestionario desarrollado por Sandin y Chorot (2003), es el resultado de una revisión hecha a la Escala de Estrategias de Coping-Revisado, en el cual se reduce la cantidad de ítems y además resulta un cuestionario más consistente que su antecesor. El Cuestionario de Afrontamiento al Estrés posee una estructura factorial robusta de siete factores o dimensiones básicas de afrontamiento. La gran mayoría de los factores obtenidos coinciden con las dimensiones que se han venido encontrando en la literatura relacionada con las estrategias de afrontamiento, agregando la dimensión llamada “autofocalización” la cual no había sido propuesta anteriormente.

Los resultados hallados por Sandin y Chorot (2003), sugieren que las siete dimensiones propuestas son muy consistentes y confieren validez interna a las siete subescalas del CAE (las cuales serán tratadas con detenimiento más adelante), además, el hecho de que las correlaciones entre los factores son bajas o moderadas indican lo apropiado del empleo de estas dimensiones para evaluar psicométricamente los estilos básicos de afrontamiento. Si bien se propone que estas subescalas pueden utilizarse para evaluar adecuadamente las estrategias básicas de afrontamiento se acepta que también hay evidencia que indica que el afrontamiento también puede entenderse en dimensiones más generales. El análisis factorial realizado por Sandin y Chorot (2003) arrojó dos factores que coinciden con lo hallado en la literatura sobre las estrategias de afrontamiento. El primero, se corresponde con las estrategias de afrontamiento vinculadas con una dimensión que se ha denominado de distintos modos -afrontamiento racional, afrontamiento focalizado en el problema, afrontamiento activo o afrontamiento focalizado en la tarea-. El segundo concuerda con el llamado afrontamiento centrado en la emoción o afrontamiento pasivo.

Basándonos en la revisión de instrumentos realizada, consideramos que el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) se adecúa a los requerimientos teóricos y prácticos que sustentan este estudio. Los fundamentos teóricos de este instrumento (en cada una de sus revisiones, EEC, EEC-R y CAE) se basan en la evaluación de las dos dimensiones constitutivas de la definición teórica que se empleara en la presente investigación, a saber, estrategia de afrontamiento centrado en el problema y estrategia de

afrontamiento centrado en la emoción, las cuales son medidas en las siete dimensiones específicas que abarcan a cada uno de los dos estilos de afrontamiento mencionados.

Adicionalmente incluye la dimensión adicional propuesta por Moos y Billings (1982, c. p. Sandin y Chorot, 2003), llamada estrategia de afrontamiento centrada en la evaluación). El instrumento evalúa además 7 dimensiones específicas, cada una perteneciente a uno de los dos estilos de afrontamiento recién citados.

Por otra parte el instrumento se ha aplicado en países latinoamericanos y europeos en estudios que han incluido muestras de sujetos que se desenvuelven en el entorno de cuidados de la salud (Contreras, y cols., 2007; Contreras y cols, 2008; Vainberg, 2009; Contreras y cols., 2009; Sánchez y cols., 2005), lo que coincide con la muestra utilizada en este estudio.

Con respecto a las propiedades psicométricas del instrumento, este resulta ser suficientemente adecuado. Las dimensiones que ostentan los coeficientes alfa más elevados resultan estar sobre 0,85 (Búsqueda de Apoyo Social, Religión y Focalizado en la Solución del Problema), seguidas estas por dimensiones con coeficientes que van de 0,71 a 0,76 (Expresión Emocional Abierta, Evitación y Reevaluación Positiva), terminando con la dimensión con el coeficiente más bajo (Auto Focalización Negativa = 0,64). Todo esto indica que el cuestionario puede considerarse en términos globales como una escala con una fiabilidad entre aceptable y excelente (Sandin y Chorot, 2003). Las

dimensiones del cuestionario de afrontamiento serán explicadas a continuación (Contreras y cols., 2008):

- 1) *Focalizado en la Solución del Problema [FSP]*. El sujeto analiza las causas, planea y ejecuta soluciones para afrontar la situación.
- 2) *Autofocalización Negativa [AFN]*. La persona se autoculpa, tiene sentimientos de indefensión e incapacidad, resignación, dependencia, pérdida de control y pesimismo.
- 3) *Reevaluación Positiva [REP]*. Reconoce el evento estresante pero se centra en los aspectos positivos de la situación.
- 4) *Expresión Emocional Abierta [EEA]*. Descarga el mal humor con los demás, insulta, es hostil, irritable y se desahoga con los demás.
- 5) *Evitación [EVT]*. Se concentra en otras cosas, prefiere no pensar en el problema.
- 6) *Búsqueda de Apoyo Social [BAS]*. Identifica personas y redes de apoyo que puedan aportarle al adecuado manejo de la situación estresante.
- 7) *Religión [RLG]*. Acude a creencias religiosas para afrontar la situación, pues siente que ha perdido el control.

CAPÍTULO III

EL BURNOUT Y EL ESTRÉS

A consecuencia de las condiciones ambientales, sociales y culturales que vivimos en la actualidad, se ha hecho muy común el estudio del estrés, cuyas manifestaciones son cada vez más conocidas y recurrentes en la población. Uno de los efectos más frecuentes del padecimiento prolongado del estrés ocurre en el campo laboral, llamado Burnout o “síndrome de estar quemado” por el trabajo, cuyas características serán abordadas a continuación en este capítulo.

Definiciones

La investigación relacionada con el *estrés* ha recibido gran atención en los últimos años debido, en gran parte, a las consecuencias negativas que acarrea para la salud física y mental de un individuo (Salanova, Grau y Martínez, 2005). Existen en la literatura numerosas definiciones de estrés, las cuales han sido planteadas desde diferentes perspectivas de concebir lo que causa el fenómeno. Según Houston (1997, cp. D’Anello, Marcano y Guerra, 2003) las definiciones de estrés pueden agruparse en tres grandes clases de acuerdo a su basamento: 1) las definiciones basadas en estímulos, enfocadas hacia los estímulos desencadenantes de disrupción del comportamiento (estresores) los cuales son percibidos como amenazantes, dañinos y productores de tensión. 2) las definiciones centradas en el estado o condición de estar perturbado y 3) las que sustentan definiciones basadas en procesos intervinientes. Resaltan un proceso que ocurre entre la situación estímulo y la situación de tensión en la cual se responde a la evaluación

cognoscitiva que el individuo realiza de la relación entre las demandas externas, sus demandas personales y su capacidad para manejar tales exigencias a favor de su bienestar. Esta manera de concebir el estrés será el asumido en este trabajo de investigación, plasmado en el concepto descrito por Lazarus y Folkman (1984).

En consonancia con lo dicho anteriormente, Lazarus (1991, c.p. D'Anello y cols., 2003), propone que el estrés responde a la interacción entre el individuo y su entorno el cual es evaluado por sí mismo como abrumador, excediendo sus propios recursos y dañando su bienestar. Asimismo, Lazarus y Folkman (1984, p. 43) definen el estrés como “una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o que desborda sus recursos y que ponen en peligro su bienestar”.

Por su parte –y reforzando lo planteado por Lazarus y Folkman- Bernaldo de Quiroz y Labrador (2007), sostienen que el estrés hace referencia a un complejo proceso interactivo determinado principalmente por la evaluación, realista o no, que realiza un individuo de las demandas del medio y los recursos que posee para hacerle frente, considerando una discrepancia entre ellos, de manera que una persona estaría sometida al estrés cuando enfrenta demandas ambientales que piensa sobrepasan sus recursos desencadenando un incremento en la actividad fisiológica y cognoscitiva del organismo que se prepara para una intensa actividad motora (Labrador, 1992 c.p. Bernaldo-de Quiros y Labrador (2007).

Así, el estrés origina trastornos de salud que se reflejan física y psicológicamente, convirtiéndose en problema que afecta de manera considerable el sitio de trabajo, dando paso al llamado estrés laboral que se define como el resultado de la transacción entre el individuo y su entorno laboral y se presenta cuando la persona evalúa que las demandas laborales exceden sus recursos para adaptarse a esta situación (Bernaldo-de Quiros y Labrador (2007).

Del estudio de las consecuencias del estrés laboral en la salud física y mental de los individuos, surgió a mediados de la década del setenta del siglo pasado, el término Síndrome de Burnout, acuñado por el psicoanalista Alemán Freudenberger (1974, c.p. Madrigal, 2006), quien lo definió como “un conjunto de síntomas físicos, sufridos por personal sanitario, como resultado de las condiciones de trabajo, agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral y como resultado del desgaste por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables”. Tal constructo, llamado también “quemado por el trabajo” se creó desde una perspectiva clínica con la finalidad de explicar el proceso de deterioro físico y mental de aquellos profesionales dedicados a los servicios asistenciales (Freudenberger, 1974 c.p. Blanch y cols., 2002).

Bajo la misma perspectiva, Sos y cols. (2002), explican que el término desgaste profesional (*Burnout*) se utiliza para describir un tipo de estrés laboral e institucional que se da específicamente en aquellas profesiones que mantienen una relación constante y directa con las personas que son los beneficiarios de su propio trabajo, en concreto personal sanitario, docentes, fuerzas de orden público, entre otros.

No obstante, fue Cristina Maslach quien popularizó el término con abundante investigación en el área y lo estudió desde una perspectiva psicosocial. En esta línea, la definición más conocida es la de Maslach y Jackson (1986, c.p. Aranda y cols., 2004), quienes lo describen como un síndrome tridimensional que desarrollan los profesionales cuyo objeto de trabajo son personas y que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización personal en el trabajo. La mayoría de los autores revisados en este trabajo coinciden con esta definición (Castañeda y García de Alba 2010, Contreras y cols., 2008; Voz 2008, Gil 2003, Madrigal 2006, Moreno y cols. 2005, Quiroz y Saco 2004).

Las definiciones del síndrome de Burnout, presentadas hasta ahora han sido construidas, en su mayoría, sobre la base de las características de este síndrome por lo cual, resulta de gran relevancia describir dichas características para su comprensión, lo que haremos a continuación.

Caracterización del Síndrome de Burnout

De acuerdo con Madrigal (2006), el estudio del Burnout adquiere real importancia con los estudios de Maslach y Jackson (1986) quienes lo consideran como un proceso de estrés crónico por contacto en el que aparecen tres grandes dimensiones: 1) *Cansancio Emocional*, caracterizado por la creciente pérdida de energía, desgaste y agotamiento, 2) *Despersonalización*: llamada también deshumanización. Se describe como un cambio negativo de actitudes que trae como consecuencia un distanciamiento de los problemas llegando a tomar a las personas que atiende como objetos y 3) *Falta de Realización*

Personal: que se refiere a la emisión de respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo manifestando sentimientos de frustración, disminución de la productividad y mostrando conductas depresivas y de escape lo que conduce a una escasa realización personal.

Ahora bien, desde la formulación teórica del Burnout realizada por Maslach y Jackson en 1981, han sido numerosas las investigaciones empíricas desarrolladas, ampliando el conocimiento teórico acerca de este síndrome con su estudio en poblaciones de mayor vulnerabilidad al mismo. Sin embargo, el estudio del Burnout en médicos, sujetos del presente trabajo de investigación, carece aún de suficiente desarrollo y aplicación como en otros sectores de la población propensa a este trastorno (Castañeda y García de Alba, 2010; Contreras y cols., 2008; Foz, 2009; Gil, 2003; Madrigal, 2006; Moreno y cols., 2005; Quiroz y Saco, 2004). No obstante, se han identificado algunas características del Burnout en profesionales que ejercen la medicina como fatiga, desgaste emocional, incapacidad de concentración, ansiedad, insomnio, irritabilidad, depresión, dependencias al alcohol o drogas (Moreno y cols., 2005; Sos y cols., 2002).

Medición del Burnout

En el siglo XX, entre las décadas 70 y 80, el Burnout fue evaluado haciendo uso de la observación clínica, técnicas proyectivas y cuestionarios, en la década de los noventa se cuenta con medidas que se han estudiado y probado con relativo éxito, de las cuales las más frecuentemente usadas incluyen el Maslach Burnout Inventory (MBI), el

Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP) y el Tedium Measure (TM o BM) (Madrigal, 2006). Los siguientes apartados darán cuenta de cada uno de ellos

Maslach Burnout Inventory

El instrumento más conocido y aplicado para la medición del Burnout es *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. Validado por Maslach y cuya versión definitiva apareció en 1986 (Sos y cols.). El cuestionario consta de veintidós (22) ítems en una escala tipo Likert. Contiene las siguientes dimensiones: *Cansancio Emocional (CE)*: corresponden al sentimiento del sujeto acerca de encontrarse saturado emocionalmente por el trabajo; *Despersonalización (DP)*: referente a una respuesta fría e impersonal hacia los pacientes; *Realización Personal (RP)*: sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo. Una variante de este cuestionario la constituye el *MBI-HSS* (Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey), dirigido a los profesionales de la salud (Foz, 2009).

Staff Burnout Scale for Health Professionals

Desarrollado por Jones entre los años 1980 y 1982 para evaluar el Burnout inicialmente como síndrome de agotamiento físico y emocional en profesionales de la salud (Madrigal, 2006). El SBS-HP consta de treinta (30) ítems. Veinte (20) ítems miden el Burnout y diez (10) comprenden una escala de sinceridad. En esta escala se han hallado 4 factores: insatisfacción o tensión laboral, tensión psicológica e interpersonal, enfermedad y tensión y falta de relaciones profesionales con los pacientes (Jones, 1982 c.p. Madrigal, 2006)

Tedium Scales

Creado por Pines en 1981, concibe al síndrome como un estado de fatiga emocional, física y mental como consecuencia de la relación de trabajo con personas en situaciones emocionalmente demandantes, agotamiento físico, emocional y mental. La escala está conformada por veintiuno (21) ítems distribuidos en tres subescalas: *agotamiento físico, agotamiento emocional y agotamiento mental*. (Foz, 2009). Pasó a ser posteriormente el *Burnout Measure (BM)* cuando sus autores reconsideraron su noción y eliminaron la diferenciación entre tedio y Burnout (Madrigal 2006).

Los instrumentos hasta ahora descritos constituyen las principales escalas para evaluar el síndrome de Burnout. Seguidamente, vamos a referir los aspectos que ocasionan o propician la aparición del Burnout, de acuerdo a las propuestas hechas por diferentes autores estudiosos del tema.

Causas del Síndrome de Burnout

En cuanto a los factores que ocasionan el síndrome de Burnout, Moreno y cols., 2005; O'Connor, O'Connor, White y Bundred (2000 c.p. Bethelmy y Guarino, 2008) señalan que, entre los años 1985 y 2005, cambiaron numerosos aspectos relacionados con la práctica médica: el estatus social ha disminuyó, la autonomía decreció y las presiones laborales aumentaron. Sostienen que se han producido cambios en las distribuciones de las ocupaciones laborales como resultado de las crisis económicas y sociales que han ocasionado cambios en la demanda y control de algunas profesiones. Entre las profesiones que señalan se encuentra la medicina. Así, se considera a esta población

vulnerable a dichos cambios y en consecuencia a padecer afecciones de salud en respuesta al estrés relacionado con el ejercicio de su profesión. De allí la relevancia de su estudio (Chacón y Grau ,2004; De las Cuevas, 2003; Mingote, Moreno y Gálvez, 2004 y Moreno, González y Garrosa, 2001; c.p. Bethelmy y Guarino, 2008).

En consonancia con lo expuesto, se ha propuesto que las fuentes de estrés y Burnout en las profesiones asistenciales responden, esencialmente a dos categorías: a) la relación y contacto directo con el paciente y b) factores de índole administrativa y organizacional (Graham, 1987; Moreno, Garrosa y González, 2000; Moreno, Garrosa y González, 2001; c.p. Moreno y cols., 2005). Por su parte, Quiroz y Saco (2004), señalan que el Síndrome de Burnout está relacionado con el exceso de horas, vacaciones reducidas, trabajos o áreas que demandan altos niveles de tensión (cuidados intensivos, cirugía, emergencia), largas jornadas de trabajo directo con los pacientes y atención de pacientes de alto riesgo de contagio que sumado a estilos de vida poco saludables, conflictos familiares y falta de recreación, entre otros, intensifican las situaciones ya mencionadas.

Asimismo, Aranda y cols. (2004), sostienen que este síndrome es el resultado de la presencia de factores estresores originados en el sujeto, su entorno social y el ambiente laboral. Se unen a estas variables elementos y situaciones que facilitan la expresión de este síndrome como el género la edad, el estado civil, el inadecuado ambiente físico de trabajo, relaciones interpersonales complicadas y pocas oportunidades de realización

personal. La presencia o ausencia de estos factores puede aumentar o disminuir el grado de estrés laboral y en consecuencia el desarrollo del síndrome.

Varios estudios (Aranda y cols. 2004, Bethelmy y Guarino., Contreras y cols., 2008; Moreno y cols., 2005; Quiroz y Saco, 2004) exponen variables predisponentes (género, edad, estado civil, especialidad, unidad la que se encuentra adscrito el profesional, entre otros) y explican de qué manera facilitan o no la aparición del síndrome. Castañeda y García de Alba (2010) proponen entre las variables que predisponen al personal médico a sufrir el síndrome de Burnout, el género, la edad, situación familiar (tener hijos o no) y antigüedad en el cargo. Este estudio muestra que las mujeres, mayores de 40 años, con hijos y con más de 10 años de antigüedad en el cargo, muestran un riesgo mayor a sufrir el síndrome. Además de las variables mencionadas, se encuentran las psicosociales del individuo como habilidades adquiridas, relaciones interpersonales, relaciones internas entre la institución y el médico y la percepción de dar más de lo que recibe (Aranda y cols., 2004), que también influyen en la aparición y padecimiento del Burnout.

Por su parte, Bethelmy y Guarino (2008), estudiaron el estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos. Sugieren que para observar los grados de estrés laboral en los médicos es necesario revisar la influencia de otras variables que intervienen como los estilos de afrontamiento, personalidad, sexo, cargo ejercido, unidad a la cual están adscritos y las unidades o especialidades médicas. En general, las investigaciones realizadas en el

campo del Burnout coinciden en los efectos negativos que se originan en el individuo consecuentes con la aparición de este síndrome. Resaltan alteraciones en los ámbitos físico, emocional o psicológico.

Consecuencias del Padecimiento Prolongado

Mansilla (2010), expone algunas consecuencias físicas, psicológicas y laborales derivadas del padecimiento prolongado del síndrome de Burnout. Dentro de las alteraciones físicas considera algunos trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, respiratorios, endocrinos, dermatológicos, musculares y del sistema inmune. El mismo autor hace referencia a efectos psicológicos negativos causados por el padecimiento prolongado como lo son la preocupación excesiva, dificultades para concentrarse, mantener la atención y tomar decisiones, sentimientos de incontrolabilidad, sensación de desorientación y confusión, dificultades con la memoria, bloqueos mentales, mal humor, trastornos del sueño, ansiedad, fobias, consumo de sustancias, trastornos en la alimentación, entre otros. Asimismo, expone deterioro de relaciones interpersonales en la familia y en el trabajo que finalmente conducen a la incapacidad y ausencia laboral, descenso de la productividad, deterioro del ambiente de trabajo, agresividad y empeoramiento de la calidad de vida del individuo.

En concordancia con lo anterior, se ha evidenciado, a través de numerosos estudios (Aranda y cols., 2004; Bernaldo de Quirós y Labrador, 2007; Bethelmy y Guarino, 2008; Blandin y Martínez, 2005; Castañeda y García de Alba, 2010; Sos y cols., 2002; Gil, 2003; Joffre, Peinado, Barrientos, Lin, Vásquez, Llanes, 2010; Madrigal,

2006; Moreno y cols., 2005; Popp, 2008; Quiroz y Saco, 2004) que el síndrome de Burnout afecta el estado de salud de los profesionales asistenciales. Se ha demostrado una correlación entre la fatiga y alteraciones como dolor de cabeza tensional, incapacidad para relajarse, problemas gastrointestinales, dolores musculares, alteraciones del sueño, dificultades para concentrarse, trastornos de memoria y estados depresivos (Bellani et al., 1996; Schaufeli y Enzmann 1998; c.p. Contreras y cols., 2008).

Por su parte, Quiroz y Saco (2004) sostienen que cuando los profesionales de la salud se sienten afectados por el síndrome muestran irritabilidad, se observa ausentismo del trabajo con mayor frecuencia, empobrecimiento de su calidad de atención al paciente, dificultades del sueño y deterioro de las relaciones familiares e interpersonales, eventos que en suma pueden incidir en el consumo de alcohol o sustancias y automedicación con fármacos, por parte de estos profesionales.

Asimismo, Castañeda y García de Alba (2010) exponen algunos aspectos epidemiológicos que afectan al personal médico como el absentismo laboral, la disminución de la satisfacción personal, las relaciones médico-paciente conflictivas, el riesgo de conductas adictivas, la alta movilidad laboral, así como afectaciones en otras esferas como la de pareja y la familia, variables que se han descrito en investigaciones relacionadas con el Burnout.

CAPÍTULO IV

INVESTIGACIONES REALIZADAS EN EL ÁREA DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y BURNOUT

Para finalizar lo referente al estudio sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento, consideramos necesario realizar una breve reseña sobre las investigaciones que se han llevado a cabo sobre estas variables. Partimos de la idea sobre la manera en que los individuos se enfrentan a diario a las diversas situaciones con las que se topan, esto ha derivado en un interés por conocer si existe alguna tendencia general inherente a cada ser humano de resolver estas situaciones. El estudio del afrontamiento es un campo fértil para la investigación ya que prácticamente cualquier persona se encontrará, en múltiples momentos de su vida, ante diversas situaciones en las que deberá hacer frente a distintos problemas o situaciones que requieran de una toma activa de decisiones en pro de sobreponer cualquier obstáculo con el que se encuentre.

Uno de los campos que ha generado mayor atención es el relacionado con el área laboral, en este aspecto varias investigaciones (Bethelmy y Guarino, 2008; Blandin y Martínez, 2005; Castaño y León del Barco, 2010; Guerrero, 2003; Popp, 2008; Quaas, 2006; Salanova y cols., 2005; Vásquez, Crespo y Ring, 2000) se han abocado -entre otras cosas- al estudio de las posibles variables implicadas en el uso de estrategias de afrontamiento determinadas. Un ejemplo de lo comentado es el trabajo de Fernández (2004), llevado a cabo con trabajadores petroleros venezolanos. Se estudió la relación

entre el estrés organizacional, depresión y el uso de estrategias de afrontamiento de estos individuos. Una de las conclusiones más relevantes de este estudio señala que un uso adecuado de estas estrategias por parte de los trabajadores propicia un mínimo nivel de estrés.

En este mismo orden de ideas, el trabajo realizado por Guerrero (2003), trabaja sobre las distintas estrategias de afrontamiento empleadas por profesores universitarios españoles con diversos grados de desgaste profesional. Sus resultados señalan que los profesores con un alto grado de agotamiento emocional suelen emplear con más frecuencia estrategias de afrontamiento como el desahogarse, desconectarse conductualmente, consumir drogas y el aceptar (todas estrategias de afrontamiento pasivas). Los docentes que utilizan con más regularidad estrategias de afrontamiento activo como planificación, búsqueda de apoyo instrumental y social, reinterpretación positiva y refrenar el afrontamiento presentan un alto grado de logro.

Bethelmy y Guarino (2008), realizaron un estudio con médicos venezolanos en los que investigaron el carácter predictivo del estrés laboral, estilos de afrontamiento, sensibilidad emocional y características demográficas sobre los síntomas físicos y psicológicos percibidos. Algunas de las conclusiones a las que llegan las autoras es que el uso del afrontamiento emocional y el ser residente aumentan los presencia de síntomas físicos; por otra parte, el uso del afrontamiento emocional, la condición de ser médico residente, el ser mujer y el poco uso del desapego emocional predijeron síntomas psicológicos.

Popp (2008), concluye su trabajo con enfermeras pertenecientes a una Unidad de Terapia Intensiva (UTI) aseverando que las profesionales que utilizaban con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento como el análisis lógico de la situación problemática, sus causas, consecuencias y posibles soluciones como la ejecución de acciones que resuelvan el problema y el desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas en otro tipo de fuentes de satisfacción, padecen de niveles menores de Burnout.

Resulta pertinente destacar, que los trabajos mencionados son los más interesantes y pertinentes a lo que aborda en el presente estudio. En ellos, se evidencia la importancia de la incidencia del uso de las estrategias de afrontamiento y el Burnout. Los próximos capítulos tratarán sobre el aspecto metodológico de esta investigación, destacando lo referente al sistema de variables, diseño de investigación y procedimiento utilizado.

CAPÍTULO V

CARACTERÍSTICAS METODOLOGICAS DE LA INVESTIGACION

Tipo y Nivel de la Investigación

El tipo de investigación a desarrollar es correlacional. Su finalidad es determinar si existe alguna relación (no causal) entre dos o más variables; en un primer momento se toman mediciones de las variables de interés, posteriormente mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estiman las correlaciones (Arias, 2006). Es importante señalar que la investigación correlacional no permite establecer relaciones causales, sin embargo pueden derivarse indicios acerca de las posibles causas de un fenómeno, (Arias, 2006). Por lo expuesto, este trabajo se ubica en este tipo de investigación, ya que el interés principal de este estudio es investigar la correlación entre los diferentes tipos de especialidad clínica del personal médico y el uso de estrategias de afrontamiento específicas. El nivel de la investigación es descriptivo, la cual tiene como objetivo especificar propiedades, características y rasgos de importancia de algún fenómeno de interés (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

Sujetos

Participantes en el estudio, criterios de inclusión y exclusión.

Se mencionan a continuación los criterios de selección (inclusión y exclusión) de los participantes:

1. Médicos pertenecientes a las siguientes especialidades ofertadas en el Hospital Universitario de Caracas: anestesiología, neurocirugía, cirugía general, cirugía cardiovascular, terapia intensiva, terapia intensiva neonatal, emergencia de adultos y emergencia pediátrica (escogidas a través del sondeo de opinión).
2. Las especialidades mencionadas fueron seleccionadas si cumplían con la condición “alto nivel de estrés”. Se utilizó como criterio de elección la mitad del promedio del puntaje que puede ser obtenido en el sondeo de opinión diseñado para esta investigación (en el apartado *muestra* se tratará este tema con más detenimiento). Las especialidades que resultaron puntuar sobre la mitad de este promedio (en la categoría “alto grado de estrés”) se eligieron como altamente estresantes. Sobre la base de esta condición, se establecieron ocho especialidades “objetivo”.
3. Médicos en un rango de edad comprendido entre 23 y 68 años.
4. Médicos de ambos géneros.
5. Médicos tanto residentes como adjuntos.
6. Médicos activos en la especialidad al momento de realizar el estudio.
7. La escogencia de los participantes supuso un procedimiento de selección circunstancial o voluntario. La participación de los individuos dependió de su disponibilidad y voluntad (Hernández, Fernández y Baptista, 2003). Es necesario aclarar que en este estudio aun contando con la participación

voluntaria de los sujetos, se escogieron aquéllos que poseyeran los criterios de selección previamente estipulados.

8. Se excluyeron del estudio a médicos pertenecientes a especialidades diferentes a las resultantes del sondeo de opinión, menores de 23 años y mayores de 68 años.

Muestra

La primera fase del sondeo de opinión se llevó a cabo con 60 médicos de distintas instituciones médicas. Los criterios de selección fueron: sujetos médicos (con especialización o no) y que se encontraran en la actualidad en ejercicio de la medicina. Esta fase del muestreo tuvo la finalidad de establecer cuáles eran las especialidades médicas consideradas más estresantes para los profesionales de la medicina. De los 60 instrumentos respondidos por los participantes, 41 fueron válidos, 19 resultaron nulos por respuestas incompletas y formularios en blanco.

El instrumento que se construyó para recoger la opinión de los médicos fue una escala de tipo ordinal en la que se ordena por rangos, los reactivos empleados se organizaron según un criterio previamente establecido (Kerlinger y Lee, 2002) (Anexo A). Se le pidió a los participantes que a partir de la siguiente definición de estrés de Lazarus y Folkman (1984): *Es un estado emocional negativo (fundamentalmente ansiedad, depresión y hostilidad), acompañado de cambios fisiológicos, y producido por la percepción por parte del sujeto de que las demandas del medio (en este caso, el trabajo) le desbordan o son amenazantes y de que carece de las habilidades o recursos*

para manejarlas (*percepción de incontrolabilidad*), valoraran cuan estresante consideraban cada una de las 34 especialidades médicas mencionadas. Las especialidades médicas incluidas en el sondeo de opinión, se tomaron de la totalidad de las especialidades médicas que se ofrecen en el Hospital Universitario de Caracas.

A partir de los resultados de este sondeo de opinión se seleccionaron las 8 especialidades que resultaron ser valoradas como más estresantes. Para este propósito se promedió el puntaje de los tres niveles correspondientes a la categoría “alto grado de estrés” del sondeo, resultando un puntaje promedio de 8 puntos ($\bar{X}=8$). Este promedio se dividió entre dos, obteniéndose un puntaje de 4,5, valor que se estableció como límite de inclusión. Aquellas especialidades que calificaran (en promedio) sobre tal puntaje límite se consideraron como altamente estresantes, constituyendo las especialidades incluidas en el presente estudio. En la figura 1 puede apreciarse como se realizó el procedimiento:

ESPECIALIDAD MEDICA	VALORACIÓN								
	Bajo grado de estrés			Moderado grado de estrés			Alto grado de Estrés		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

$7+8+9=24$
 $24/3=8$
 $8/2=4,5$

Figura 1. Obtención del punto límite de inclusión para alto grado de estrés

Tabla 1
Las ocho especialidades más estresantes resultantes del sondeo de opinión

Especialidad	Puntaje promedio	Especialidad	Puntaje promedio
Terapia Intensiva	10	Cirugía General	7,33
Terapia Intensiva Neonatal	9,33	Emergencia pediátrica	7
Cirugía Cardiovascular	9	Emergencia de adultos	7
Neurocirugía	8,66	Anestesiología	6,33

En la tabla 1 se muestran las 8 especialidades más estresantes ordenadas desde la más estresante (terapia intensiva= 10) hasta la menos estresante (anestesiología= 6,33).

En la segunda fase, se utilizó un muestreo intencional en el cual se buscó incluir a 10 médicos por cada una de las especialidades clínicas valoradas como muy estresantes. Se estimó la participación de un total de 80 médicos. Sin embargo, -debido a las características de la muestra- no se logró completar el número previsto de médicos por especialidad, quedando algunas especialidades con mayor número al estipulado y algunas especialidades con un número menor, resultando una muestra total de 77 sujetos (Emergencia de adultos= 13, emergencia pediátrica=12, anestesiología=10, cirugía general=10, terapia intensiva=10, terapia intensiva neonatal=9, neurocirugía=8 y cirugía

cardiovascular=5). A estos médicos se les administró el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (Anexo B).

Tamaño Muestral y Tipo de Muestreo

Se estimó que el tamaño muestral del sondeo de opinión fuese de 60 sujetos, para la primera fase y de 80 para la segunda. Se eligió *a priori* dichos tamaños muestrales atendiendo al carácter clínico de esta investigación, el cual, a distinción de una postura más estadística (en la que se necesitaría realizar una selección aleatorizada y con un tamaño lo suficientemente grande como para que pudiese ser considerado como representativo), supone una muestra conformada por sujetos, que cumpliendo con las condiciones establecidas, estén disponibles y deseen participar en el estudio. De tal forma, la escogencia de los participantes respondió a un procedimiento de muestreo circunstancial o voluntario.

Tanto la fase del sondeo de opinión como la fase de aplicación del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE) se realizó de manera no probabilística, según Kerlinger y Lee (2002). Este muestreo no implica aleatorización, por lo que carece de algunas ventajas, sin embargo en ciertas ocasiones, como en la investigación clínica, resulta necesario. Los investigadores se dirigieron en una primera fase a distintas instituciones médicas para realizar el sondeo de opinión. En la segunda fase se seleccionó el Hospital Universitario de Caracas para aplicar el CAE. La razón para escoger esta institución se debió, en primer término, a la gran cantidad de médicos, tanto adjuntos como residentes, que respondían a las condiciones establecidas en el estudio y en segundo término, debido

al carácter docente de esta institución hospitalaria, los sujetos se mostraron más dispuestos a participar. Finalmente, el centro hospitalario no presentó mayores obstáculos para la realización de este estudio, solo se dirigió una carta a la dirección del hospital solicitando permiso para la aplicación de los instrumentos (Anexo C).

Técnica de Muestreo

El muestreo resulto ser de tipo Intencional u Opinático (Arias, 2006). La muestra fue seleccionada de acuerdo a los criterios preestablecidos por los investigadores (médicos representantes de las especialidades médicas evaluadas como más estresantes resultantes del sondeo de opinión, edades comprendidas entre 23 y 68 años, provenientes del Hospital Universitario de Caracas.

Ambiente

Con la finalidad de describir el ambiente donde se realizó esta investigación, se entrevistaron a 6 médicos de la muestra y se les pidió información sobre el hospital. Tales entrevistas fueron realizadas en los espacios de reunión clínica de las unidades que conformaron la muestra. La mayoría de estos profesionales se centró en las deficiencias de la institución, lo describieron como “un hospital en el que no hay una buena administración... prevalece la burocracia y la carencia de suministros en determinados momentos”, señalaron que en ocasiones el hospital cuenta con todos los medicamentos y suministros necesarios para brindar una adecuada atención a los pacientes, sin embargo,

en otros momentos el hospital carece de insumos básicos, como por ejemplo, vendas o antibióticos, para tratar las más elementales afecciones.

Instrumentos, Materiales y Equipos

Instrumentos

Sondeo de opinión

Instrumento diseñado por los investigadores con el objetivo de evaluar las especialidades médicas según su grado de estrés, atendiendo a un criterio previamente establecido. Se incluyeron las 34 especialidades médicas ofrecidas en el Hospital Universitario de Caracas (Emergencia Pediátrica, Terapia Intensiva Neonatal, Emergencia de Adultos, Terapia Intensiva, Servicio de Nefrología y Trasplante Renal, Área Quirúrgica y Sala de Recuperación, Unidad de Cuidados Intensivos, Cardiología, Medicina Interna I, Medicina Interna II, Medicina Interna III, Neumonología y Cirugía del Tórax, Psiquiatría, Dermatología y Sifilografía, Neurología, Anatomía Patológica, Gastroenterología, Radiología, Endocrinología, Medicina física y Rehabilitación, Enfermedades Infecciosas del adulto, Hematología y Banco de Sangre, Reumatología, Medicina Antropológica, Anestesiología, Neurocirugía, Cirugía cardiovascular, Cirugía general, Radioterapia y Medicina nuclear, Enfermedades Infecciosas del Adulto, Coloproctología, Cirugía plástica reconstructiva y Maxilofacial, Epidemiología clínica, Rehabilitación cardíaca, Ginecología y obstetricia y Perinatología). Cada especialidad debía ser evaluada por el médico según una escala de nueve opciones que abarcan desde Bajo grado de estrés hasta Alto grado de estrés (Anexo A)

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE)

Este cuestionario creado por Sandin y Chorot, (2003), está constituido por 42 ítems los cuales tienen como opción de respuesta cinco posibilidades: 0= nunca, 1= pocas veces, 2 = a veces, 3= frecuentemente y 4= casi siempre (Anexo B). Estos 42 ítems a su vez evalúan las estrategias de afrontamiento utilizadas. La manera en que se distribuyen estos ítems es la siguiente: Focalizado en la solución del problema ítems 1, 8, 15, 22, 29, 36, Autofocalización negativa: 2, 9, 16, 23, 30, 37, Reevaluación positiva: 3, 10, 17, 24, 31, 38, Expresión emocional abierta: 4, 11, 18, 25, 32, 39, Evitación: 5, 12, 19, 25, 33, 40, búsqueda de apoyo social: 6,13,20,27,34,41 y Religión: 7, 14, 21, 26, 35, 42, con coeficientes de confiabilidad que van desde 0,64 a 0,85.

Materiales

Bolígrafos

Dos cajas de bolígrafos azul y negro proporcionados a los médicos para responder a los formatos empleados.

Clave de Corrección

Clave empleada para el proceso de corrección del CAE (Anexo B).

Reforzadores

Se entregaron caramelos y chocolates a los médicos participantes, como una manera de agradecer su colaboración.

Equipos

Grabadora digital

Teléfono celular modelo LG P500 empleado para realizar las entrevistas destinadas a recabar información sobre la opinión de los médicos con respecto al hospital.

Computadoras y software estadístico

Dos equipos informáticos (una PC y una laptop) empleadas para procesar los datos y el paquete estadístico SPSS 7.5 utilizado para los análisis estadísticos.

Sistema de Variables

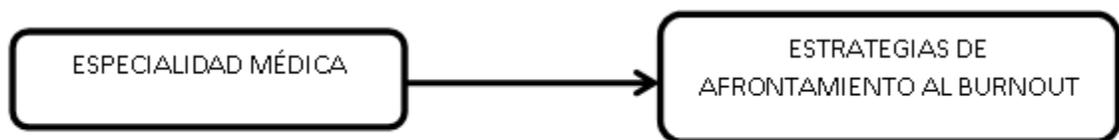


Figura 2. Sistema de Variables

Nombre de las variables

- Especialidad Médica.
- Estrategias de afrontamiento.

Definiciones teóricas

Especialidad médica

Se refiere a la habilidad adquirida en un determinado campo de la medicina, regida y avalada por un Consejo de Certificación o por un Colegio de profesionales del área, quienes dictan las normas de funcionamiento, los programas de entrenamiento y controlan la calidad del ejercicio de quienes se dedican a esa especialidad. Su interés principal se encuentra en la práctica más que en el conocimiento, por lo que se ofrecen a nivel de postgrado, exigiendo a los médicos que deciden especializarse en alguna porción de la medicina, dedicar un tiempo adicional para entrenarse en la adquisición de las habilidades propias de la especialidad (Chávez, 1992).

Estrategias de afrontamiento

En el presente trabajo de investigación se adaptó un concepto de estrategias de afrontamiento basado en los planteamientos de Lazarus y Folkman (1984), Sandin y Chorot (2003) y Morales y Trianes (2010), que las refieren como un proceso evaluativo que hace el individuo sobre sus capacidades y las demandas del entorno, su uso depende de la interacción que establezca el sujeto (tendencia a comportarse de una manera determinada) con las exigencias de la situación estresante.

Definiciones operacionales

Especialidad médica

Pertenencia del profesional de la medicina a una de las ocho especialidades médicas seleccionadas (anestesiología, neurocirugía, cirugía general, cirugía cardiovascular, terapia intensiva, terapia intensiva neonatal, emergencia de adultos y emergencia pediátrica) para el estudio tanto residentes como médicos adjuntos del Hospital Universitario de Caracas.

Estrategias de afrontamiento

Medidas a través del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (Sandin y Chorot, 2003). Es una escala tipo Likert de 42 ítems los cuales se relacionan con los dos principales estilos de afrontamiento (centrado en el problema y centrado en la emoción). Cada ítem de la escala tiene cinco posibles opciones de respuesta las cuales van desde *nunca* hasta *casi siempre*.

Forma de variación de las variables

Tanto la variable especialidad médica como estrategias de afrontamiento son variables cualitativas, específicamente de tipo politómicas. Este tipo de variable también es conocida como categórica, e implica indicar características o atributos de una forma verbal y que se manifiesten en más de dos categorías (Arias, 2006). En el caso de este trabajo, la variable *estrategias de afrontamiento* puede variar de estrategias de afrontamiento centradas en el problema a estrategias de afrontamiento centradas en la

emoción. En el caso del tipo de especialidad médica la variable puede asumir una de las ocho especialidades médicas derivadas del sondeo de opinión.

Valores

Especialidad médica

Esta variable puede tomar uno de los siguientes valores: anestesiología, neurocirugía, cirugía general, cirugía cardiovascular, terapia intensiva, terapia intensiva neonatal, emergencia de adultos, emergencia pediátrica.

Estrategias de afrontamiento

Los valores que puede tomar esta variable son los siguientes: 0= nunca, 1= pocas veces, 2= a veces, 3= frecuentemente, 4= casi siempre. El instrumento utilizado fue el CAE (Sandin y Chorot, 2003), utiliza esta escala para dar cuenta de la frecuencia en que se utiliza una dimensión de afrontamiento particular (focalizado en la solución del problema, autofocalización negativa, reevaluación positiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social y religión).

Variables Extrañas

Deseabilidad social

Se estimó la posibilidad de que los participantes respondieran en función de cómo se supone deberían responder, de una manera socialmente aceptada, para así evitar posibles juicios negativos dirigidos hacia ellos.

Poca colaboración de los profesionales de la salud

Se estimó la posibilidad de que la colaboración de algunos de los profesionales incluidos en la muestra estuviera mediada por el nivel de ocupación, cantidad de horas de trabajo, por la expectativa de la dificultad del instrumento (tiempo empleado, extensión, etc.) entre otros aspectos.

Control de Variables Extrañas

Deseabilidad social

Se informó a los participantes sobre el carácter confidencial de la información proporcionada.

Poca colaboración de los profesionales de la salud

Se brindó información a los profesionales de la salud sobre los alcances de esta investigación. Igualmente, se puntualizó la posibilidad de concretar el diseño de un programa de intervención dirigido al entrenamiento del uso de estrategias de afrontamiento adaptativas frente a situaciones generadoras de estrés, una vez obtenidos los resultados de este estudio.

Diseño de la Investigación

El diseño utilizado fue de tipo no experimental correlacional transeccional. Estos diseños se caracterizan por la recolección de datos en un solo momento con el propósito

de describir variables y analizar su incidencia en interrelación en un momento específico (Hernández y cols., 2003). Fue una investigación no experimental, no se manipuló ninguna variable con el fin de influir o variar los valores de otra variable, no se incluyó grupo control alguno, no se utilizó la triple aleatorización y además solo se realizó una medición. Finalmente se utilizó un diseño correlacional que de acuerdo al objetivo principal de este trabajo, permite explorar la posible relación existente entre el tipo de especialidad médica y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales de la salud. No se espera establecer relaciones causales ni alcanzar un nivel explicativo/predictivo. Según Arias (2006), la investigación correlacional busca determinar el grado de asociación no causal entre más de una variable, además afirma que con este tipo de investigación no se puede establecer directamente relaciones causales pero si puede dar indicios sobre las causas de algún fenómeno determinado. El diagrama de este tipo de diseño es el que sigue a continuación:

G O

G= Grupo de participantes

O= Observación realizada al grupo de participantes

Procedimiento

Se realizó un tratamiento estadístico en el cual se emplearon pruebas no paramétricas, esto debido al nivel nominal de las variables estudiadas. Este tipo de

variable adopta una clasificación en dos o más categorías las cuales son independientes entre sí, solo se cuantifica la frecuencia o el número de casos pertenecientes a una categoría (Arias, 2006). Las variables son las siguientes:

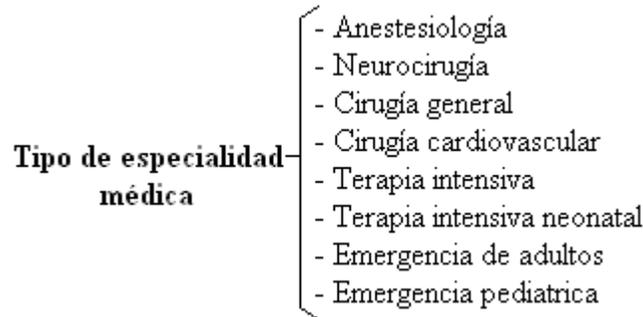


Figura 3. Categorías de la Variable Especialidad Médica.

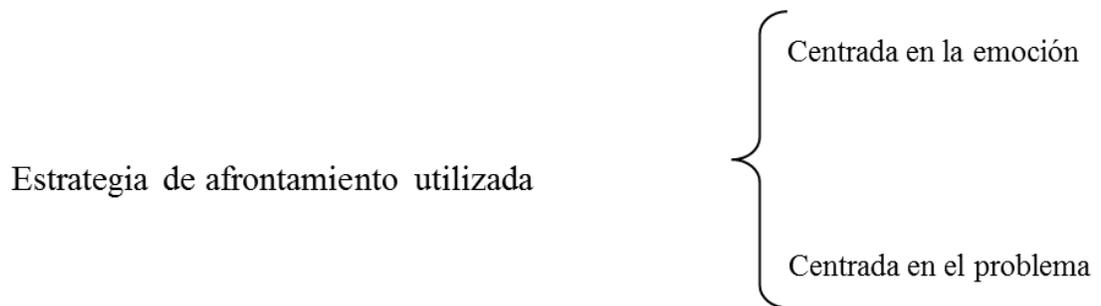


Figura 4. Categorías de la Variable Estrategias de afrontamiento

Como puede apreciarse en las figuras 3 y 4, las variables solo permiten la categorización de los sujetos en cuanto a pertenencia a las mismas, no puede establecerse orden jerárquico alguno entre ellas y mucho menos puede señalarse alguna magnitud de diferencia entre las categorías.

El procedimiento se describe a continuación:

- a. Se contactó a varias instituciones hospitalarias con el propósito de plantearles el objetivo y alcance de este trabajo. De igual manera, pedimos su colaboración y apoyo para aplicar al personal médico un sondeo de opinión.
- b. Se creó el sondeo de opinión.
- c. Se reunió al personal médico de estas instituciones, informándoles sobre el trabajo que se llevaría a cabo. Se les invitó a colaborar llenando el sondeo de opinión.
- d. Una vez aplicado el sondeo de opinión, se analizaron sus resultados. De ahí se delimitaron las especialidades médicas que fueron calificadas como más demandantes y generadoras de niveles más elevados de estrés en el profesional.
- e. Se contactó a la directiva del Hospital Universitario de Caracas, institución que aceptó colaborar y autorizó la aplicación del CAE al personal médico que decidió participar en el estudio.
- f. Se contactó a médicos con las especialidades clínicas calificadas como más estresantes y se les aplicó el cuestionario.
- g. Se estructuró la data obtenida, realizando posteriormente el análisis y descripción de los datos resultantes.

En cuanto al Cuestionario de Afrontamiento al Estrés, en este trabajo se procedió de la siguiente manera: teniendo en cuenta que el puntaje bruto más alto que puede

obtenerse en cada una de las siete dimensiones que conforman dicho cuestionario es de 24, se optó por dividir el puntaje obtenido por los sujetos en cada dimensión (Focalizado en la Solución del Problema, Autofocalización Negativa, Reevaluación Positiva, Expresión Emocional Abierta, Evitación, Búsqueda de Apoyo Social y Religión) entre 6 (que resulta ser el número de ítems que conforman cada dimensión). Para ilustrar la conversión que se realizó se utilizaran los puntajes obtenidos de uno de los sujetos evaluados, ver tabla 2.

Tabla 2.
Puntajes brutos de un sujeto ejemplo por dimensión

FSP: 18/6=3	EVT: 9/6=2
AFN: 3/6=1	BAS: 18/6=3
REP: 16/6=3	RLG: 6/6=1
EEA: 7/6=1	

Se consideró conveniente realizar esta conversión ya que de esta manera pudo hacerse uso de la misma escala que se emplea en el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés, esto resulta beneficioso ya que permite dar cuenta de los puntajes obtenidos en cada dimensión, así en el caso del ejemplo antecedente se tendría que esta persona:

Utiliza frecuentemente estrategias focalizadas en la solución del problema de reevaluación positiva y de búsqueda de apoyo social (FSP: 18/6=3, REP: 16/6=3, BAS: 18/6= 3), a veces utiliza estrategias de evitación (EVT: 9/6=2) y por ultimo utiliza pocas

veces estrategias de autofocalización negativa, de expresión emocional abierta y de religión (AFN: $3/6=1$, EEA: $7/6= 1$, RLG: $6/6=1$).

Sin embargo a este nivel del análisis se puede concluir únicamente en cuanto a las dimensiones que componen los dos grandes estilos de afrontamiento. Ha de recordarse que el objetivo de análisis primordial de esta tesis se refiere al afrontamiento centrado en el problema y el centrado en la emoción. Para alcanzar la meta trazada se optó por promediar los puntajes ya convertidos con anterioridad para poder determinar cuál es el estilo de afrontamiento predominante de cada uno de los sujetos evaluados, o si por el contrario, no se evidenciara alguna preferencia por uno u otro de los estilos de afrontamiento. Así, en el caso del sujeto que se ha venido empleando como ejemplo se tendría:

Tabla 3.
Obtención del estilo de afrontamiento preferente del Ss ejemplo

Focalizado en la solución del problema (FSP)	3	Estrategias de afrontamiento centrado en el problema $9/3= 3$
Reevaluación positiva (REP)	3	
Búsqueda de apoyo social (BAS)	3	
Expresión emocional abierta (EEA)	1	Estrategias de afrontamiento centrado en la emoción $5/4= 1$
Evitación (EVT)	2	
Autofocalización negativa (AFN)	1	
Religión (RLG)	1	

* En color azul las dimensiones que conforman las estrategias de afrontamiento centrado en el problema, en color rojo las dimensiones que conforman las estrategias de afrontamiento centrado en la emoción.

Con respecto a este sujeto, se puede señalar entonces que, presenta una preferencia en el uso de estrategias de afrontamiento centrado en el problema, además se puede afirmar que el uso de este tipo de estrategias lo realiza frecuentemente. Si se tiene

en cuenta lo que implican cada una de las dimensiones del afrontamiento centrado en el problema, puede decirse que esta persona por lo general analiza las causas, planea y ejecuta soluciones ante situaciones que así lo requieran, se centra en los aspectos positivos del problema y de ser necesario busca personas o redes de apoyo que puedan ayudarle a conseguir una solución. En contraparte, pocas veces utiliza estrategias de afrontamiento centrado en la emoción.

En este punto se hace la acotación de que los análisis que se llevaron a cabo no se realizaron a nivel individual. Se acaba de utilizar el caso de uno solo de los sujetos para ejemplificar el proceso mediante el cual se convirtieron los puntajes obtenidos a través del instrumento. Así, en esta tesis se tomaron en cuenta los puntajes obtenidos, convertidos y promediados de todos los integrantes de cada una de las especialidades incluidas y se asumieron como grupos.

Para cerrar lo referente al Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (Sandín y Chorot, 2003), es pertinente señalar que el mismo resulta ser una escala de tipo ordinal que refleja la frecuencia de uso de cada una de las dimensiones constituyentes del afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción, sin embargo en esta investigación se optó por dicotómizar la variable estilos de afrontamiento según los dos estilos de afrontamiento más conocidos (centrado en el problema y centrado en la emoción), de esta forma, la variable estrategias de afrontamiento termina siendo de tipo nominal.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Análisis de Datos

Los análisis descriptivos se realizaron con distribuciones de frecuencias de los datos, la media y la moda como medida de tendencia central y el coeficiente de variación como medida de dispersión. En el apartado de figuras se emplearon gráficos de torta y de barras. Como estadístico de contraste se usó la ji cuadrada (X^2), prueba estadística que permite evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas (Hernández y cols.), lo que cubriría satisfactoriamente el propósito fundamental de este estudio, el cual es determinar si el uso de estrategias de afrontamiento al Burnout se relaciona con la especialidad médica o quirúrgica, se busca verificar la presencia o no de correlación entre el Burnout por parte del personal médico y la especialidad médica o quirúrgica.

Seguidamente se mostraran las figuras 5 y 6 las cuales describen a la muestra según el género y la edad.

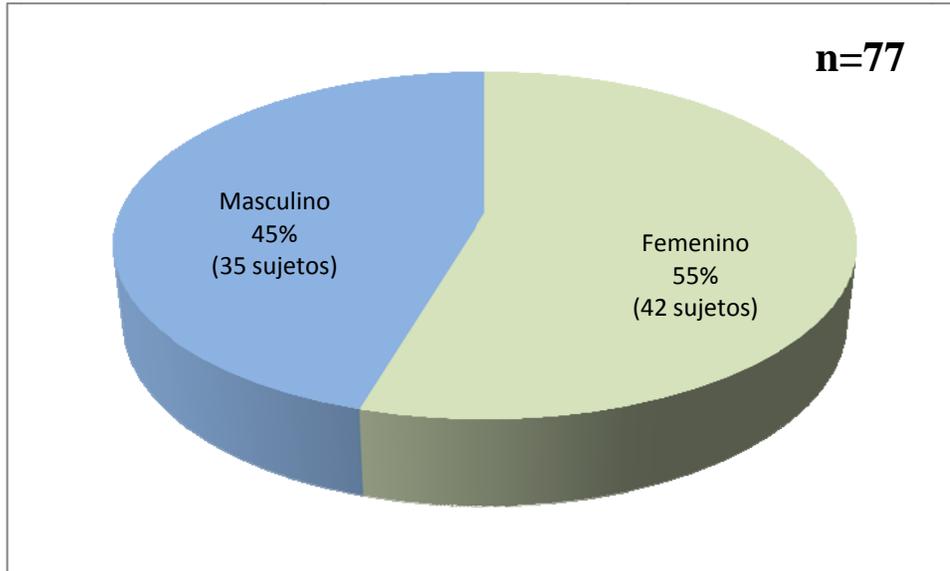
Descripción de las características de los participantes según el género

Figura 5. Participantes por género

De la muestra total participante, la cual estuvo conformada por 77 sujetos, el 55% estuvo conformada por representantes del género femenino, el 45% restante fue de género masculino. Como puede verificarse predominó la participación femenina. Es necesario acotar que no se establecieron criterios respecto a trabajar con una distribución equitativa en lo referente a esta variable ya que se contó con la participación voluntaria del personal médico.

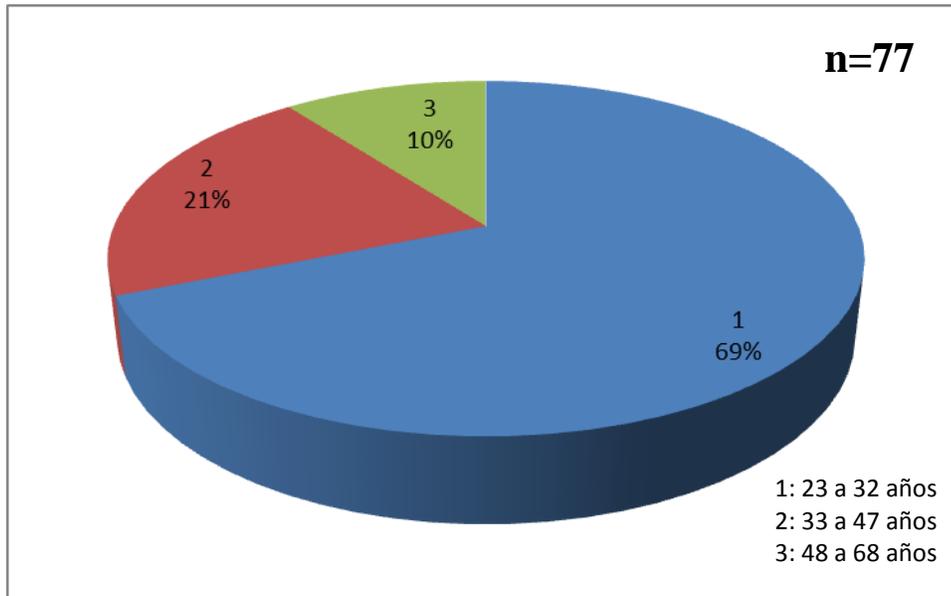
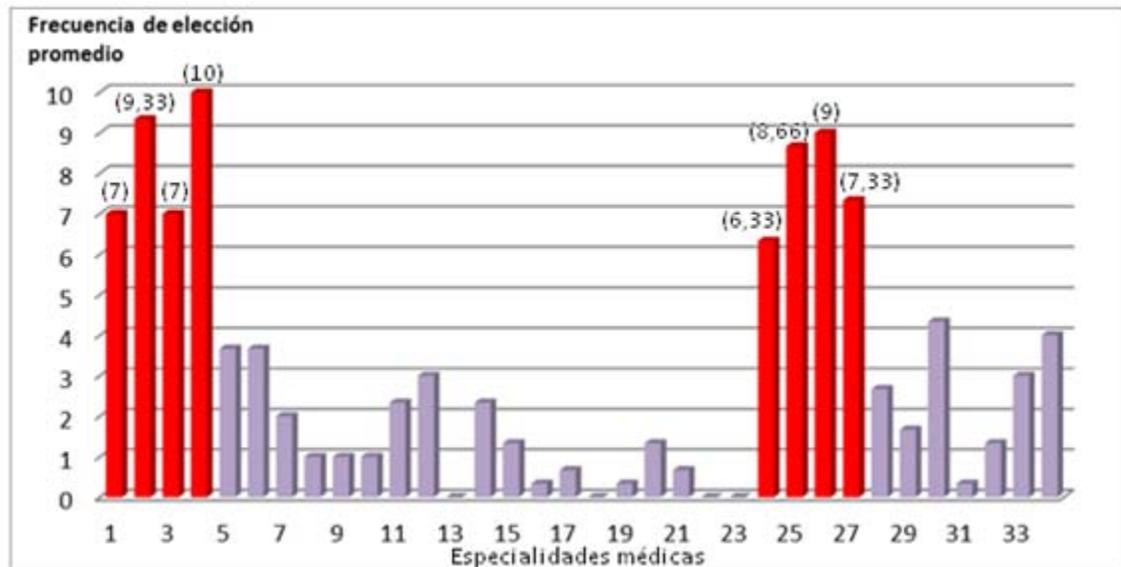
Descripción de las características de los participantes según la edad

Figura 6. Participantes por edad

Entre 23 y 32 años se agrupa la mayor cantidad de la muestra, constituyendo este grupo el 69 % del total. A este grupo le precede el de 33 a 47 años que representa el 21 %, mientras que el grupo comprendido entre 48 a 68 años corresponde al 10%.

Especialidades médicas



Leyenda

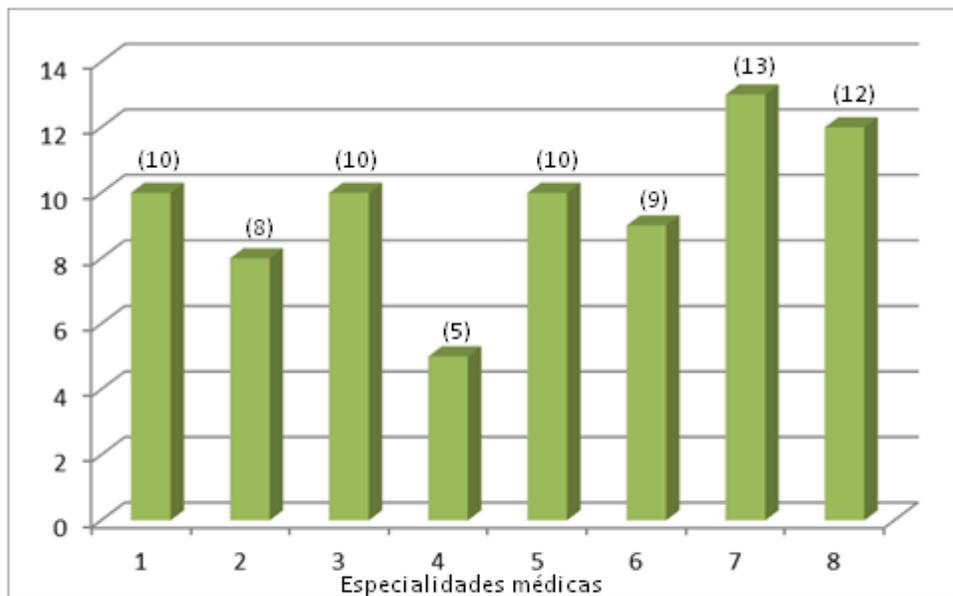
- | | | |
|---|--|---|
| 1 Emergencia Pediátrica | 13 Dermatología y Sifilografía | 25 Neurocirugía |
| 2 Terapia Intensiva Neonatal | 14 Neurología | 26 Cirugía cardiovascular |
| 3 Emergencia de Adultos | 15 Anatomía Patológica | 27 Cirugía general |
| 4 Terapia Intensiva | 16 Gastroenterología | 28 Radioterapia y Medicina nuclear |
| 5 Servicio de Nefrología y Trasplante Renal | 17 Radiología | 29 Coloproctología |
| 6 Área Quirúrgica y Sala de Recuperación | 18 Endocrinología | 30 Cirugía plástica reconstructiva y Maxilofacial |
| 7 Cardiología | 19 Medicina física y Rehabilitación | 31 Epidemiología clínica |
| 8 Medicina Interna I | 20 Enfermedades Infecciosas del adulto | 32 Rehabilitación cardíaca |
| 9 Medicina Interna II | 21 Hematología y Banco de Sangre | 33 Ginecología y obstetricia |
| 10 Medicina Interna III | 22 Reumatología | 34 Perinatología |
| 11 Neumonología y Cirugía del Tórax | 23 Medicina Antropológica | |
| 12 Psiquiatría | 24 Anestesiología | |

Figura 7. Especialidades ofrecidas en el Hospital Universitario de Caracas según el grado de estrés adjudicado.

Como puede apreciarse en la figura 7, de las 34 especialidades que prestan servicio en el Hospital Universitario de Caracas, 8 resultaron evaluadas por los profesionales como muy estresantes, siendo terapia intensiva la que se consideró más estresante de todas (10), seguida por Terapia intensiva neonatal (9,33), Cirugía cardiovascular (9), neurocirugía (8,66), cirugía general (7,33), emergencia pediátrica (7), emergencia de adultos, anestesiología (6,33).

A continuación en la figura 8, se presentará la cantidad de médicos por especialidad clínica que participaron en el estudio.

Número de médicos según especialidad



Leyenda
 1: Anestesiología 3: Cirugía general 5: Terapia intensiva 7: Emergencia de adultos
 2: Neurocirugía 4: Cirugía cardiovascular 6: Terapia intensiva neonatal 8: Emergencia pediátrica

Figura 8. Número de participantes de acuerdo a la especialidad médica.

Como puede apreciarse, la distribución de frecuencia de los 77 sujetos incluidos en el estudio quedo de esta manera, emergencia de adultos (n= 13) con el mayor número de participantes, luego emergencia pediátrica (n= 12), anestesiología, cirugía general y terapia intensiva (n= 10), terapia intensiva neonatal (n= 9), neurocirugía (n= 8) y por ultimo cirugía cardiovascular con el menor número de participantes (n= 5).

Hasta ahora se ha hecho referencia a los resultados concernientes a las especialidades clínicas de los médicos participantes. La próxima información mostrara los resultados obtenidos con relación al uso de las estrategias de afrontamiento (centradas en el problema y centradas en la emoción).

Estrategias de afrontamiento centrado en el problema

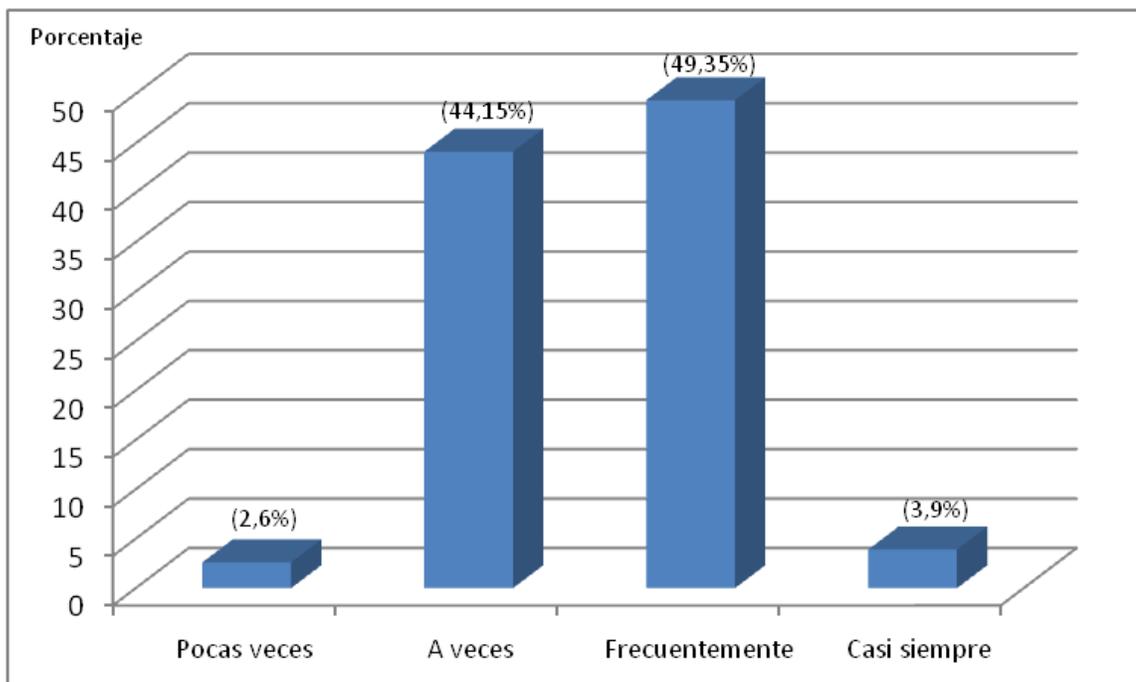


Figura 9. Uso de las estrategias de afrontamiento centrado en el problema.

Como se observa, el 49,35% de los sujetos indica que frecuentemente utiliza las estrategias de afrontamiento centrado en el problema, muy seguido a estos, el 44,15% de los individuos mostro usarlas “a veces”. Es notorio que el resto de los sujetos se ubican minoritariamente en los extremos, 3,9% reconoce usarlas casi siempre y únicamente el 2,6% expresa usarlas pocas veces. En esta figura se obvia la categoría “nunca” ya que ninguno de los participantes de este estudio indico que nunca usaba este tipo de estrategias de afrontamiento.

Estrategias de afrontamiento centrado en la emoción

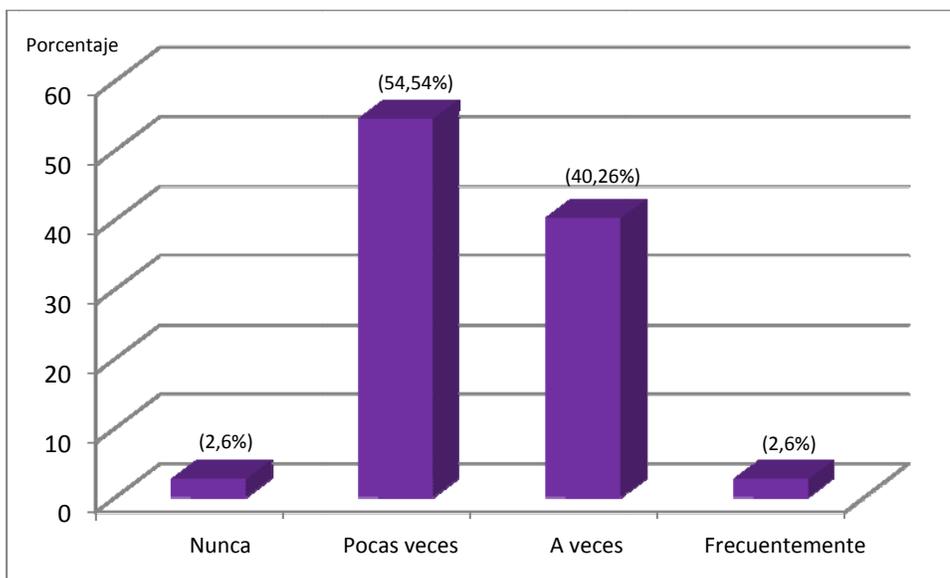


Figura 10. Uso de las estrategias de afrontamiento centrado en la emoción.

Se aprecia en esta figura que la mayoría de los médicos (54,54%) utiliza pocas veces estrategias de afrontamiento centrado en la emoción, seguidamente el 40,26% las utiliza “a veces”. Por último solo el 2,6% de la muestra total reconoce usar estas

estrategias “nunca” y “frecuentemente” respectivamente. En esta figura se obvia la categoría “casi siempre” ya que ninguno de los participantes de este estudio indico que casi siempre usaba este tipo de estrategias de afrontamiento.

Con el propósito de mostrar en conjunto la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento, la figura que sigue refleja los resultados obtenidos:

Uso de las estrategias de afrontamiento

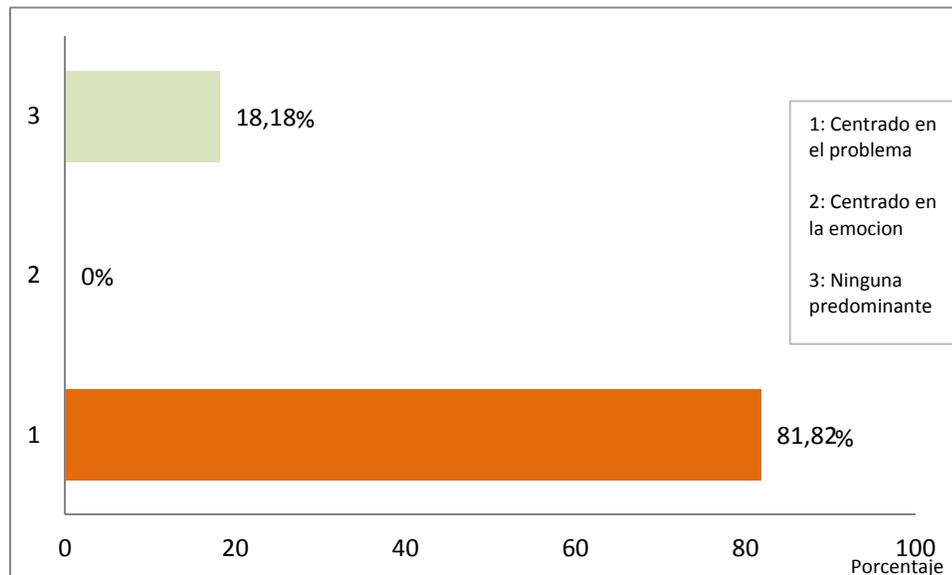


Figura 11. Uso predominante de las estrategias de afrontamiento.

Como se muestra en la figura 11, la mayoría de los médicos (81,82%) reportan utilizar preferentemente estrategias de afrontamiento centrado en el problema. Solo el 18,18% de los profesionales reconocen emplear indistintamente estrategias de afrontamiento centrado en el problema o centrado en la emoción. Resulta interesante que

en la muestra estudiada ningún profesional haya mostrado preferencia por el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. Finalizada la descripción de la muestra y las variables del estudio, se procederá en el próximo apartado al análisis estadístico de los datos.

Análisis estadístico de los datos

El análisis estadístico se iniciará con los datos relacionados con la edad de los participantes, para luego analizar género y especialidad médica

Tabla 4
Frecuencia de la muestra según la edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	23,00	1	1,3	1,3	1,3
	24,00	1	1,3	1,3	2,6
	25,00	8	10,4	10,4	13,0
	26,00	9	11,7	11,7	24,7
	27,00	9	11,7	11,7	36,4
	28,00	7	9,1	9,1	45,5
	29,00	4	5,2	5,2	50,6
	30,00	8	10,4	10,4	61,0
	32,00	6	7,8	7,8	68,8
	33,00	3	3,9	3,9	72,7
	34,00	2	2,6	2,6	75,3
	35,00	4	5,2	5,2	80,5
	36,00	1	1,3	1,3	81,8
	37,00	1	1,3	1,3	83,1
	41,00	1	1,3	1,3	84,4
	42,00	3	3,9	3,9	88,3
	46,00	1	1,3	1,3	89,6
	47,00	2	2,6	2,6	92,2
	48,00	2	2,6	2,6	94,8
	52,00	1	1,3	1,3	96,1
	54,00	1	1,3	1,3	97,4
	50,00	1	1,3	1,3	98,7
	08,00	1	1,3	1,3	100,0
	Total	77	100,0	100,0	
Total		77	100,0		

Tabla 5.
Estadísticos descriptivos de la muestra según la edad

	N		Media	Mediana	Desv. típ.	Coef. Variacion
	Válidos	Perdidos				
Edad	77	0	32,2208	29,0000	8,6186	0,2674

Las tabla 4 muestra la frecuencia de la muestra según la edad, la tabla 5 incluye los estadísticos descriptivos pertinentes.

El rango de edad (25 y 27 años) acumulo el mayor porcentaje de médicos (siendo este de 33,8 %), por su parte los rangos de edad que van entre 23 y 24; 36 y 41 y 52 y 68 acumularon el menor porcentaje de individuos (conformando entre todos únicamente el 11,7 %). Si observamos la tabla 5, la mediana refleja que el 50 % de los datos se acumulan hasta la edad de 29 años, por lo que puede aseverarse que se trata de una muestra predominantemente joven. Con un promedio de edad de 32,22 años y poca dispersión (C. V. 0,2674).

Tabla 6.
Frecuencia de la muestra según la especialidad médica.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válid	Anestesiología	10	13,0	13,0	13,0
os	Neurocirugía	8	10,4	10,4	23,4
	Cirugía general	10	13,0	13,0	36,4
	Cirugía cardiovascular	5	6,5	6,5	42,9
	Terapia intensiva	10	13,0	13,0	55,8
	Terapia intensiva neonatal	9	11,7	11,7	67,5
	Emergencia de adultos	13	16,9	16,9	84,4
	Emergencia pediátrica	12	15,6	15,6	100,0
	Total	77	100,0	100,0	
Total		77	100,0		

Esta tabla refleja que, a excepción de la especialidad de cirugía cardiovascular (la cual comprendió solo un 6,5 % del total de profesionales de la muestra), las demás especialidades estuvieron equilibradas entre sí, siendo emergencia de adultos la que representó el mayor porcentaje (16,9 %), seguida por emergencia pediátrica con un 15,6%, anestesiología y terapia intensiva con 13 %, terapia intensiva neonatal con 11,7% y neurocirugía con 10,4%.

Chi cuadrado

Tabla 7.

Prueba de χ^2 uso predominante de estrategia de afrontamiento (centrado en el problema/centrado en la emoción) v especialidad médica

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,363 ^a	7	,010
Razón de verosimilitud	16,264	7	,023
Asociación lineal por lineal	1,291	1	,256
N de casos válidos	77		

Nivel de significancia: ,05

Para establecer si existe relación entre las variables de estudio se utilizó esta prueba estadística. Se estimó la correlación entre uso de estrategias de afrontamiento (centrado en el problema/centrado en la emoción) y la especialidad médica.

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los médicos que usan preferentemente estrategias de afrontamiento centrado en el problema y los médicos que utilizan indistintamente estrategias de afrontamiento centrado en el problema o centrado en la emoción. Como se señaló anteriormente, ninguno de los profesionales evaluados mostró una preferencia por el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción (ver figura 11), por lo que, este tipo de estrategia no fue reflejado en la tabla de contingencia consecuente (tabla 8); que a continuación se mostrara. En la cual puede notarse una marcada preferencia por el uso de estrategias de afrontamiento centrado en el problema.

Tabla 8,
Tabla de contingencia de estrategias de afrontamiento predominante (centrado en el problema/centrado en la emoción) y especialidad médica

		Especialidad médica									
		Anestesiología	Neurocirugía	Cirugía general	Cirugía cardiovascular	Terapia intensiva	Terapia intensiva neonatal	Emergencia de adultos	Emergencia pediátrica	Total	
Estrategia de afrontamiento predominante	Centrada en el problema	Recuento	9	7	10	1	9	8	11	8	63
	% de Estrategia de afrontamiento predominante	14,3%	11,1%	15,9%	1,6%	14,3%	12,7%	17,5%	12,7%	100,0%	
	% de Especialidad médica	90,0%	87,5%	100,0%	20,0%	90,0%	88,9%	84,6%	66,7%	81,8%	
Ninguna predominante	Recuento	1	1		4	1	1	2	4	14	
	% de Estrategia de afrontamiento predominante	7,1%	7,1%		28,6%	7,1%	7,1%	14,3%	28,6%	100,0%	
	% de Especialidad médica	10,0%	12,5%		80,0%	10,0%	11,1%	15,4%	33,3%	18,2%	
Total	Recuento	10	8	10	5	10	9	13	12	77	
	% de Estrategia de afrontamiento predominante	13,0%	10,4%	13,0%	6,5%	13,0%	11,7%	16,9%	15,6%	100,0%	
	% de Especialidad médica	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

El análisis de porcentajes de la tabla de contingencia antecedente arroja que de los 63 médicos que usan predominantemente estrategias de afrontamiento centrado en el problema, 11 pertenecen a emergencia de adultos; estos médicos representan el mayor porcentaje (17,5%) de la totalidad de médicos que usan preferentemente este tipo de estrategias. Les siguen a los recién mencionados especialistas, los médicos de cirugía general quienes conforman el 15,9%. En contraposición, solo el 1,6% (un solo individuo) de los médicos pertenecientes a cirugía cardiovascular prefirió el uso de este tipo de estrategias. El resto de los cirujanos cardiovasculares utiliza indistintamente estrategias de afrontamiento centradas en el problema o centradas en la emoción.

Si bien cirugía cardiovascular resulto ser la especialidad que menos se relacionó con el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema debe hacerse la

acotación de que esta especialidad fue la que menos especialistas aportó a esta investigación (solo se logró incluir a 5 cirujanos cardiovasculares), por lo que, se deben matizar las conclusiones a las que pueda llegarse con estos médicos específicamente. Todos estos resultados se reflejan en el chi cuadrado obtenido.

Siguiendo con el análisis de porcentaje, se observa que, de los médicos que no tienen preferencia por algún estilo de afrontamiento específico la mayoría pertenecen a cirugía cardiovascular y emergencia pediátrica (28,6% cada especialidad).

En la próxima tabla se muestran los resultados concernientes a la relación entre el uso predominante de estrategias de afrontamiento (esta vez teniendo en cuenta la frecuencia de uso de las mismas) y la especialidad médica.

Tabla 9.
Prueba de χ^2 para estrategia de afrontamiento predominante (según su frecuencia de uso) y especialidad médica

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,017 ^a	35	,120
Razón de verosimilitud	40,726	35	,233
Asociación lineal por lineal	1,052	1	,305
N de casos válidos	77		

Nivel de significancia: ,05

Con relación a la edad de los participantes y las dimensiones de las estrategias de afrontamiento centrado en la emoción, el chi cuadrado arrojó lo siguiente:

Tabla 11.
Prueba de χ^2 para edad y dimensiones de afrontamiento centrado en la emoción

	Valor	gl	Sig. asint. (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	309,038 ^a	242	,002
Razón de verosimilitud	135,811	242	1,000
Asociación lineal por lineal	,046	1	,831
N de casos válidos	77		

Nivel de significancia: ,05

Existen diferencias estadísticamente significativas, lo que se refleja en la tabla de contingencia de estas variables. Se aprecia en la tabla 12, en cuanto al uso de estrategias centradas en la emoción, que la mayoría de los médicos de 25 años (el 75% de estos), de 26 años (el 33,3% de estos), de 27 años (el 66,7% de estos), de 28 años (el 85,7% de estos), de 30 años (el 62,5% de estos), los de 32 años (el 50% de estos) y los de 33 años (el 66,7% de estos) prefieren utilizar más de una de las dimensiones de afrontamiento centrada en la emoción (es importante recordar que estas dimensiones son autofocalización negativa (AFN), expresión emocional abierta (EEA), evitación (EVT) y religión (RLG)).

Tabla 12.
Tabla de contingencia de edad y dimensiones del afrontamiento centrado en la emoción

Edad	Más de una Dimensión preferida	Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)											Total	
		AFN a veces	EEA pocas veces	EEA a veces	EEA frecuentemente	EVT a veces	EVT frecuentemente	EVT casi siempre	RLG pocas veces	RLG a veces	RLG frecuentemente	RLG casi siempre		
23,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)							1 100,0%					1 100,0%	1 100,0%
24,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)							1 100,0%					1 100,0%	1 100,0%
25,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)	8 75,0%				1 12,5%		1 12,5%					8 100,0%	8 100,0%
26,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)	3 33,3%		1 11,1%		1 11,1%		2 22,2%			2 22,2%		9 100,0%	9 100,0%
27,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)	6 66,7%									1 11,1%	1 11,1%	1 11,1%	9 100,0%
28,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)	6 85,7%										1 14,3%	7 100,0%	7 100,0%
29,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)	1 25,0%						2 50,0%			1 25,0%		4 100,0%	4 100,0%
30,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)	5 62,5%			1 12,5%	1 12,5%					1 12,5%		8 100,0%	8 100,0%
32,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)	3 50,0%						1 16,7%				1 16,7%	6 100,0%	6 100,0%
33,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)	2 66,7%				1 33,3%							3 100,0%	3 100,0%
34,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)				1 50,0%			1 50,0%					2 100,0%	2 100,0%
35,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)	1 25,0%						2 50,0%				1 25,0%	4 100,0%	4 100,0%
36,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)	1 100,0%											1 100,0%	1 100,0%
37,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)					1 100,0%							1 100,0%	1 100,0%
41,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)										1 100,0%		1 100,0%	1 100,0%
42,00	Recuento % de Edad % de Afrontamiento centrado en la emoción (dimensiones)		1 33,3%			1 33,3%				1 33,3%			3 100,0%	3 100,0%

Discusión de Resultados

Una vez mostrados los análisis de datos obtenidos, se considera pertinente el realizar algunas reflexiones en cuanto a los objetivos propuestos en este trabajo. Con relación al objetivo general de esta investigación, se puede indicar que existe una relación entre las especialidades médicas y el uso de las estrategias de afrontamiento en profesionales de la salud. Derivado del análisis estadístico realizado, en el cual se incluyen las especialidades médicas junto con los estilos de afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción, se puede sostener que, en la muestra estudiada, hay un predominio en el uso de estrategias de afrontamiento centrado en el problema. Si se toma en cuenta lo reportado por Bethelmy y Guarino, (2008), sobre el padecimiento de síntomas físicos y psicológicos resultantes del uso de un afrontamiento centrado en la emoción, se puede afirmar que los médicos del Hospital Universitario de Caracas, los cuales presentaron una marcada preferencia por un estilo de afrontamiento centrado en el problema, cuentan con un factor de protección extra contra el padecimiento de estos síntomas.

Al analizar la relación entre frecuencia de uso (la cual puede variar desde “nunca” hasta “casi siempre”) de las estrategias de afrontamiento y la especialidad médica no se encontró evidencia estadísticamente significativa que apoyara esta correlación, por lo que, se podría señalar que el pertenecer a una especialidad médica específica no incidió en la frecuencia con la que se emplean las estrategias de afrontamiento (tanto las centradas en el problema como las centradas en la emoción).

Pasando al próximo objetivo específico, la evidencia estadística apoya una relación entre el uso de las estrategias de afrontamiento con la edad de los médicos. Específicamente se encontró que médicos de edades entre los 25 y 28 años así como también los de 30 a 33 años muestran preferencia con relación al uso de más de una de las dimensiones que conforman las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

El último objetivo específico se responde parcialmente con lo discutido sobre el objetivo general. Por una parte, se evidencio una relación entre el uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la especialidad clínica de los médicos de la muestra. Por otra parte se observó claramente que especialistas en emergencia de adultos y cirugía general muestran una marcada preferencia en el uso de este tipo de estrategias, por lo que este grupo de especialistas que prefieren las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se distinguen de los que utilizan indistintamente cualquiera de las dos estrategias planteadas (centradas en el problema, centradas en la emoción). Los médicos de emergencia de adultos y cirugía general estarían entonces en una posición más ventajosa con relación a otros especialistas que no muestran como estilo de afrontamiento predominante el centrado en el problema., como reportan Bethelmy y Guarino (2008) el uso frecuente del afrontamiento centrado en la emoción resulta ser el más desadaptativo y puede llevar al individuo al desarrollo de síntomas perjudiciales para la salud.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Sobre la base de los análisis y discusión de los datos obtenidos, se puede concluir que si existe una relación entre el uso de las estrategias de afrontamiento al Burnout por profesionales de la medicina y las distintas especialidades médicas. De los profesionales evaluados, quienes presentaron una mayor tendencia a usar estrategias de afrontamiento centradas en el problema fueron los médicos que se desempeñan en el área de emergencia de adultos, seguidos estos por los de cirugía general, pareciera que estos resultados señalan que estas especialidades demandan que el profesional analice las causas del problema, ejecute soluciones para afrontar la situación, que se centre en los aspectos positivos de la situación estresante y que de ser necesario identifique personas y redes de apoyo que puedan aportarle para el manejo de la situación, todas estas características inherentes al afrontamiento centrado en el problema. Es posible que estos médicos conozcan sobre la efectividad de estas estrategias sobre las que están centradas en la emoción.

En los datos obtenidos ninguno de los médicos reporto utilizar preferentemente estrategias de afrontamiento centradas en la emoción. Estos resultados pudieran estar mediatizados por la deseabilidad social expresada por los médicos evaluados. Es posible que algunos de estos profesionales no expresaran realmente como tienden a responder ante las situaciones laborales demandantes. Lo señalado concuerda con lo reportado por Bethelmy y Guarino (2008), quienes exponen, en su trabajo con médicos venezolanos,

que estos muestran dificultades al reportar padecimientos en ellos mismos y al exteriorizar sus propios problemas, llegando a suministrar información que pudiese no ser reflejo fiel de lo que realmente les sucede. Al respecto De las Cuevas (2003), señaló que los médicos suelen ser personas con grandes problemas para reconocer síntomas de enfermedad o disfunción física en ellos mismos, tratan, por lo general, de evitar situaciones que los expongan ante sus compañeros o colegas en el ámbito laboral.

Por otra parte, resulta interesante el análisis realizado al total de profesionales, tomando como factores de comparación tanto la edad como las dimensiones del afrontamiento centrado en la emoción. Se evidencia que ciertos grupos etarios se relacionan con el uso de más de una de las dimensiones que conforman las estrategias de afrontamiento centrado en la emoción -autofocalización negativa (AFN), expresión emocional abierta (EEA), evitación (EVT) y religión (RLG)-. En más de la mitad de los sujetos (61%) distribuidos en los grupos etarios de 25, 26, 27 y 28 años y los de 30 a 33 años se aprecia una preferencia por usar más de una de las dimensiones incluidas en el afrontamiento centrado en la emoción. Esta tendencia pudiera deberse a que, estos médicos, por ser relativamente jóvenes aun (la mayoría menores de 30 años), pudiesen encontrarse menos adaptados a un ambiente excesivamente demandante, razón que pudiese dar cuenta de esta preferencia por el uso de más de una de las dimensiones de afrontamiento centrado en las emociones. Estos resultados coinciden con los obtenidos por Blanch y cols. (2002), quienes explican que bajo circunstancias que se perciben como poco controlables, el afrontamiento centrado en la emoción resultaría ser más adaptativo que el afrontamiento centrado en el problema.

CAPITULO VIII

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Limitaciones

En este trabajo de investigación algunos de los participantes aportaron información incompleta o inadecuada al llenar los instrumentos aplicados, lo que redujo la información válida. Por otro lado, contar con la participación voluntaria de un número relativamente pequeño de sujetos, restringe la obtención de respuestas más representativas con relación a la problemática abordada.

Recomendaciones

- 1) Realizar comparaciones controlando el tipo de institución médica a la que pertenece el profesional de la salud. Pudiesen encontrarse diferencias en la manera en que los médicos utilizan las estrategias de afrontamiento para manejar el estrés laboral inherente a sus carreras, si laboran en instituciones públicas o privadas pudiesen encontrarse diferencias.
- 2) Diseñar e implementar un plan de intervención (para los profesionales de la salud) que esté dirigido a promover el uso adecuado de estrategias de afrontamiento, en función de prevenir la aparición del síndrome de Burnout.
- 3) Implementar un plan de intervención específicamente para aquellos profesionales de la medicina que tengan una marcada preferencia por el uso de

estrategias de afrontamiento centradas en la emoción o que utilicen sin discriminar la pertinencia de su uso estrategias de afrontamiento centradas en el problema o centradas en la emoción.

- 4) Se recomienda buscar otras alternativas para controlar la variable deseabilidad social. En este trabajo se le aseguro a los participantes el carácter totalmente confidencial de la información recabada, sin embargo, el contacto directo pudo haber incidido en que esta variable estuviera presente. Se sugiere suministrar las encuestas vía electrónica, en total anonimato, de manera tal que el participante no sienta que deba responder de una manera socialmente aceptada.
- 5) Pudiese resultar de interés replicar esta investigación solo con los médicos de terapia intensiva y cirugía general. Como se comento anteriormente estas especialidades también han sido identificadas como muy estresantes por otras autoras (Bethelmy y Guarino, 2008).
- 6) Una variable a tomar en cuenta resulta ser el tiempo de exposición del profesional de medicina a la situación estresante, pudiese pensarse que una práctica más prolongada de una especialidad específica pudiese incidir en el afrontamiento del especialista.
- 7) Un campo fértil para otras investigaciones se vislumbra en el área relacionada con cuidadores de personas con afecciones de salud o pacientes, investigar el

tipo de afrontamiento empleado por estos individuos puede dar inicio a interesantes investigaciones futuras.

Referencias Bibliográficas

- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J., Torres, T., Aldrete, M. y Pérez, M. (2004). Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención [Versión electrónica]. *Investigación en salud*, 6 (001), 28-34. Recuperado el 23 de julio del 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/142/14260106.pdf>
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. (5ta ed.). Caracas, Venezuela: Episteme.
- Bernaldo de Quiroz, M. y Labrador, F. (2007). Evaluación del estrés laboral y Burnout en los servicios de urgencia extra hospitalaria [Versión electrónica]. *International journal of clinical of health psychology*, 7(2), 323-335. Recuperado el 20 de julio del 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ForazarDescargaArchivo.jsp?cvRev=337&cvArt=33717060005&nombre=Evaluaci%C3%B3n%20del%20estr%C3%A9s%20laboral%20y%20burnout%20en%20los%20servicios%20de%20urgencia%20extra%20hospitalaria>
- Bethelmy, L. y Guarino, L. (2008). Estrés laboral, afrontamiento, sensibilidad emocional y síntomas físicos y psicológicos en médicos venezolanos [Versión electrónica], *Revista Colombiana de Psicología*, 17, 43-58. Recuperado el 20 de julio del 2012 de <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1188/10030>

- Blanch, A., Aluja, A. y Biscarri, J. (2002). Síndrome de quemarse en el trabajo (Burnout) y estrategias de afrontamiento: un modelo de relaciones estructurales [Versión electrónica]. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*, 18(1), 57-74. Recuperado el 25 de julio del 2012 de <http://repositori.udl.cat/bitstream/handle/10459.1/30350/bnt.pdf?sequence=1>
- Blandin, J. y Martínez, D. (2005). Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: su relación en la aparición del síndrome de Burnout en médicos residentes del hospital militar “Dr. Carlos Arvelo” [Versión electrónica]. *Archivos venezolanos de psiquiatría y neurología*, 51(104), 12-15. Recuperado el 11 de septiembre del 2012 de <http://svp.org.ve/images/articulo2n104.pdf>
- Carver, C; Scheier, M. y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach [Versión electrónica]. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267-283. Recuperado el 11 de septiembre del 2012 de <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/documents/p89COPE.pdf>
- Castañeda, E. y Garcia de Alba, J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (Burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo [Versión electrónica]. *Revista colombiana de psiquiatría*, 39(1), 67-84. Recuperado el 20 de julio del 2012 de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502010000100006
- Castaño, E. y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal [Versión electrónica]. *Interntational Journal of*

Psychology and Psychological Therapy, 10(2), 245-257. Recuperado el 23 de julio del 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ForazarDescargaArchivo.jsp?cvRev=560&cvArt=56017095004&nombre=Estrategias%20de%20afrentamiento%20del%20estr%C3%A9s%20y%20estilos%20de%20conducta%20interpersonal>

Chávez, J. (1992). *Introducción a la Medicina Familiar*. México: Universidad Autónoma de San Luis de Potosí.

Contreras, F; Esguerra, G; Espinosa, J. y Gómez, V. (2007). Estilos de afrontamiento y calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) en tratamiento de hemodiálisis [Versión electrónica], *Acta colombiana de psicología*, 10(2), 169-179. Recuperado el 20 de julio del 2012 de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v10n2/v10n2a16.pdf>

Contreras, F; Espinosa, J. y Esguerra, G. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios [Versión electrónica], *Universitas Psychologica*, 8(002), 311-322. Recuperado el 9 de septiembre del 2012 de http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200002&lng=es&nrm=iso

Contreras, F., Juárez, F., Murrain, E. (2008). Influencias del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería [Versión electrónica]. *Pensamiento psicológico*, 4(11), 29-43. Recuperado el 5 de noviembre del 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80111671003>

- D'Anello, S., Marcano, E. y Guerra, J. (2003). Estrés ocupacional y satisfacción laboral en médicos del Hospital Universitario de los Andes [Versión electrónica]. *MedULA Revista de Facultad de Medicina*, 9(1), 4-9. Recuperado el 5 de noviembre del 2012 de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21802/1/articulo1.pdf>
- De las Cuevas, C. (2003). Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias [Versión electrónica]. *Trastornos Adictivos*, 5(2), 107-113. Recuperado el 15 de noviembre del 2012 de <http://www.elsevier.es/es/revistas/trastornos-adictivos-182/burnout-los-profesionales-atencion-las-drogodependencias-13045098-area-educacion-prevencion-servicios-sociales-2003>
- Fernández, P. (2004). *Estrés organizacional, depresión y afrontamiento en trabajadores petroleros* [Versión electrónica]. Tesis para optar al título de Magister Scientiarum en Salud Ocupacional. Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela. Recuperado el 6 de noviembre del 2012 de http://tesis.luz.edu.ve/tde_arquivos/104/TDE-2011-06-29T14:56:31Z-1301/Publico/Fernandez_Patricia.pdf
- Foz, G. (2009). *El síndrome de desgaste profesional en los médicos de atención primaria: a propósito de un caso* [Versión electrónica]. Tesis para optar al grado de Master en Salud Laboral. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona, España. Recuperado el 8 de septiembre del 2012 de http://www.upf.edu/cisal/_pdf/TFM_Gloria_Foz.pdf

- Gil, P. (2003). EL síndrome de quemarse en el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería [Versión electrónica]. *Revista electrónica interacao* 1(1), 19-33. Recuperado el 8 de septiembre del 2012 de <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>
- Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de Burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario [Versión electrónica]. *Anales de psicología*, 19(1), 145-158. Recuperado el 11 de septiembre del 2012 de <http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/8524/1/Analisis%20pormenorizado%20de%20los%20grados%20de%20burnout%20y%20tecnicas%20de%20afron.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. (3era ed.). D.F., México: Mc Graw Hill.
- Joffre, V., Peinado, J., Barrientos, M. Lin, D., Vásquez, F., Llanes, A. (2010). Síndrome de Burnout en médicos de un hospital general en el noreste de México [Versión electrónica]. *Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad*, 1(1), 1-23. Recuperado el 4 de agosto del 2012 de http://www.medicinasaludysociedad.com/site/images/stories/pdf/SINDROME_D E_BURNOUT.pdf
- Kerlinger, F., Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (4ta ed.). (Pineda, L. y Mora, I. Trads). D. F., México: McGraw Hill. (Trabajo original publicado en 1986).

- Kleinke, C. (2001). *Como afrontar los desafíos de la vida*. (Hormázabal, C. Trad.) España: Desclée De Brouwer. (Trabajo original publicado en 1998).
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Ways of Coping Scale. *Stress, Appraisal and Coping. Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 150-170.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Londoño, N; Henao, G; Puerta, I; Posada, S; Arango, D. y Aguirre D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EECM) en una muestra colombiana [Versión electrónica], *Universitas Psychologica*, 2(002), 327-349. Recuperado el 12 de agosto de 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/647/64750210.pdf>
- Madrigal, M. (2006). “Burnout” en médicos: Aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales [Versión electrónica]. *Revista medicina legal de costa rica*, 23(2), 137-153. Recuperado el 24 de agosto del 2012 de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v23n2/3477.pdf>
- Mansilla, F. (2010). Programa de manejo y prevención del estrés laboral. *Onceavo congreso virtual de psiquiatría. Interpsique*. (pp. 1-21). Recuperado el 23 de julio del 2012 de <http://www.interpsiquis.com>
- Montoya, P. y Moreno, S. (2012). Relación del síndrome de Burnout, estrategias de afrontamiento y engagement [Versión electrónica]. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 205-227. Recuperado el 25 de septiembre del 2012 de

<http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/viewFile/1940/2813>

Morales, F. y Trianes, M. (2010). Estrategias de afrontamiento en niños y adolescentes [Versión electrónica]. *European Journal of Education and Psychology*. 3(2), 275-286. Recuperado el 12 de agosto del 2012 de <http://www.formacionasunivep.com/ejep/index.php/journal/article/view/65/pdf>

Moreno, B., Seminotti, R., Garrosa, E., Rodríguez, R. y Morante, M. (2005). El Burnout medico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes [Versión electrónica]. *Ansiedad y estrés*, 11(1), 87-100. Recuperado el 12 de agosto del 2012 de <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Ansiedad%20y%20estres-Burnout%20medico.pdf>

Muela, J., Torres, C. y Peláez, E. (2002). Comparacion entre distintas clasificaciones de las estrategias de afrontamiento en cuidadores de enfermos de Alzheimer. [Versión electrónica]. *Psicothema*, 14(3), 558-563. Recuperado el 14 de agosto del 2012 de <http://www.psicothema.com/pdf/765.pdf>

Popp, M. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI) [Versión electrónica]. *Interdisciplinaria*, 25(1), 5-27. Recuperado el 22 de julio del 2012 de <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v25n1/v25n1a01.pdf>

Quaas, C. (2006). Diagnóstico de Burnout y técnicas de afrontamiento al estrés en profesores universitarios de la quinta región de Chile [Versión electrónica].

- Psicoperspectivas*. 5(1), 65-75. Recuperado el 4 de agosto del 2012 de
Recuperado el 12 de julio del 2012 de
<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/35/35>
- Quiroz, R. y Saco, S. (2004). Factores asociados al síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sureste de ESSALUD del Cusco [Versión electrónica]. *Situa*, 12(23),11-22. Recuperado el 13 de agosto del 2012 de
http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/situa/2004_n23/enPDF/a04.pdf
- Sánchez, N., Esteban, A., Palma, C., Vega, M., Mestre, L. y Fornes J. (2005). Burnout en profesionales sanitarios en formación del Hospital Universitario Son Dureta [Versión electrónica]. *Psiquiatria.com*. 9(4). Recuperado el 23 de septiembre del 2012 de
http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/660/1/psiquiatriacom_2005_9_4_7.pdf
- Salanova, M., Grau, R. y Martínez, I. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional [Versión electrónica]. *Psicothema*, 17(3), 390-395. Recuperado el 11 de septiembre del 2012 de <http://www.psicothema.com/pdf/3118.pdf>
- Sandin, B. y Chorot, P. (2003). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar [Versión electrónica]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(1) 39-54. Recuperado el 6 de octubre del

2012 de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-2003-7B4EAB10-5627-6E72-1C0D-C1BC36CC98B4&dsID=PDF>

Sos, P., Sobrequés, J., Segura, J., Manzano, E., Rodríguez, C., García, M. y cols. (2002). Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona [Versión electrónica]. *MEDIFAM*, 12(10), 613-619. Recuperado el 12 de agosto de 2012 de <http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v12n10/original1.pdf>

Vainberg, V. (2009). *El rol del estrés en la diabetes* [Versión electrónica]. Tesis para optar al título de maestría en psiconeumoendocrinología. Universidad de Favaloro. Buenos Aires. Argentina. Recuperado el 14 de julio del 2012 de http://200.123.150.149/favaloro/bases/Vainberg_Virginia_PINE_7304.pdf

Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena, G. Berrios y Fernández de Larrinoa, P. (Eds), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 425-446). Barcelona: Masson.

Anexo A:

Sondeo de Opinión (García y González, 2012)



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
 FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
 ESCUELA DE PSICOLOGÍA
 CATEDRA DE SEMINARIO DE TESIS PLAN 78-1

SONDEO DE OPINION

Atendiendo a la definición de Lazarus y Folkman (1984), el estrés es considerado como un estado emocional negativo (fundamentalmente ansiedad, depresión y hostilidad), acompañado de cambios fisiológicos, y producida por la percepción por parte del sujeto de que las demandas del medio (en este caso, el trabajo) le desbordan o son amenazantes y de que carece de las habilidades o recursos para manejarlas (percepción de incontrolabilidad).

Teniendo en cuenta la definición anterior, valore las especialidades medicas que se le presentan según considere sean mas o menos estresantes, de acuerdo a la siguiente escala:

1. Bajo grado de Estrés: 1 – 2 – 3
2. Moderado grado de Estrés: 4 – 5 – 6
3. Alto de Estrés: 7 – 8 – 9

ESPECIALIDAD MEDICA	VALORACIÓN								
	Bajo grado de estrés			Moderado grado de estrés			Alto grado de Estrés		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Emergencia Pediátrica									
Terapia Intensiva Neonatal									
Emergencia de Adultos									
Terapia Intensiva									
Servicio de Nefrología y Trasplante Renal									
Área Quirúrgica y Sala de Recuperación									
Unidad de Cuidados Intensivos									
Cardiología									

García, K. y González, M. (2012)

Anexo B

Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (Sandin y Chorot, 2003)

Bonifacio Sandín y Paloma Chorot

CAE

Cuestionario de Afrontamiento del Estrés

Nombre Edad Sexo

Instrucciones: En las páginas que siguen se describen formas de pensar y comportarse que la gente suele emplear para afrontar los problemas o situaciones estresantes que ocurren en la vida. Las formas de afrontamiento descritas no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras. Para contestar debe leer con detenimiento cada una de las formas de afrontamiento y recordar en qué medida Vd. la ha utilizado recientemente cuando ha tenido que hacer frente a situaciones de estrés. **Rodee con un círculo el número que mejor represente el grado en que empleó cada una de las formas de afrontamiento del estrés que se indican.** Aunque este cuestionario a veces hace referencia a una situación o problema, tenga en cuenta que esto no quiere decir que Vd. piense en un único acontecimiento, sino más bien en las situaciones o problemas más estresantes vividos recientemente (aproximadamente durante el pasado año).

0	1	2	3	4
Nunca	Pocas veces	A veces	Frecuentemente	Casi siempre

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?

1. Traté de analizar las causas del problema para poder hacerle frente	0	1	2	3	4
2. Me convencí de que hiciese lo que hiciese las cosas siempre me saldrían mal	0	1	2	3	4
3. Intenté centrarme en los aspectos positivos del problema	0	1	2	3	4
4. Descargué mi mal humor con los demás	0	1	2	3	4
5. Cuando me venía a la cabeza el problema, trataba de concentrarme en otras cosas	0	1	2	3	4
6. Le conté a familiares o amigos cómo me sentía	0	1	2	3	4
7. Asistí a la Iglesia	0	1	2	3	4
8. Traté de solucionar el problema siguiendo unos pasos bien pensados	0	1	2	3	4
9. No hice nada concreto puesto que las cosas suelen ser malas	0	1	2	3	4
10. Intenté sacar algo positivo del problema	0	1	2	3	4
11. Insulté a ciertas personas	0	1	2	3	4
12. Me volqué en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
13. Pedí consejo a algún pariente o amigo para afrontar mejor el problema	0	1	2	3	4
14. Pedí ayuda espiritual a algún religioso (sacerdote, etc.)	0	1	2	3	4
15. Establecí un plan de actuación y procuré llevarlo a cabo	0	1	2	3	4
16. Comprendí que yo fui el principal causante del problema	0	1	2	3	4
17. Descubrí que en la vida hay cosas buenas y gente que se preocupa por los demás	0	1	2	3	4
18. Me comporté de forma hostil con los demás	0	1	2	3	4
19. Salí al cine, a cenar, a «dar una vuelta», etc., para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
20. Pedí a parientes o amigos que me ayudaran a pensar acerca del problema	0	1	2	3	4
21. Acudí a la Iglesia para rogar que se solucionase el problema	0	1	2	3	4
22. Hablé con las personas implicadas para encontrar una solución al problema	0	1	2	3	4
23. Me sentí indefenso/a e incapaz de hacer algo positivo para cambiar la situación	0	1	2	3	4
24. Comprendí que otras cosas, diferentes del problema, eran para mí más importantes	0	1	2	3	4
25. Agredí a algunas personas	0	1	2	3	4
26. Procuré no pensar en el problema	0	1	2	3	4
27. Hablé con amigos o familiares para que me tranquilizaran cuando me encontraba mal	0	1	2	3	4
28. Tuve fe en que Dios remediaría la situación	0	1	2	3	4
29. Hice frente al problema poniendo en marcha varias soluciones concretas	0	1	2	3	4
30. Me di cuenta de que por mí mismo no podía hacer nada para resolver el problema	0	1	2	3	4
31. Experimenté personalmente eso de que «no hay mal que por bien no venga»	0	1	2	3	4
32. Me irrité con alguna gente	0	1	2	3	4
33. Practiqué algún deporte para olvidarme del problema	0	1	2	3	4
34. Pedí a algún amigo o familiar que me indicara cuál sería el mejor camino a seguir	0	1	2	3	4
35. Recé	0	1	2	3	4
36. Pensé detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	0	1	2	3	4
37. Me resigné a aceptar las cosas como eran	0	1	2	3	4
38. Comprobé que, después de todo, las cosas podían haber ocurrido peor	0	1	2	3	4
39. Luché y me desahugué expresando mis sentimientos	0	1	2	3	4
40. Intenté olvidarme de todo	0	1	2	3	4
41. Procuré que algún familiar o amigo me escuchase cuando necesité manifestar mis sentimientos	0	1	2	3	4
42. Acudí a la Iglesia para poner velas o rezar	0	1	2	3	4

Anexo B (continuación)

Clave de Corrección CAE

Questionario de Afrontamiento del Estrés (CAE)

Corrección de la prueba

Se suman los valores marcados en cada ítem, según las siguientes subescalas:

Focalizado en la solución del problema (FSP):	1, 8, 15, 22, 29, 36.
Autofocalización negativa (AFN):	2, 9, 16, 23, 30, 37.
Reevaluación positiva (REP):	3, 10, 17, 24, 31, 38.
Expresión emocional abierta (EEA):	4, 11, 18, 25, 32, 39.
Evitación (EVT):	5, 12, 19, 26, 33, 40.
Búsqueda de apoyo social (BAS):	6, 13, 20, 27, 34, 41.
Religión (RLG):	7, 14, 21, 28, 35, 42.

Anexo C

Solicitud de permiso para trabajar en el HUC

Caracas 31 de octubre de 2012

Atención

Dr. José V. España

Directiva en general del Hospital Universitario de Caracas

INSTITUTO AUTÓNOMO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
DIRECCIÓN
RECIBIDO
31 OCT 2012
J. Hernández 2859
FIRMA

Quienes suscribimos esta carta somos tesis de Psicología Clínica, carrera impartida en la Facultad de Humanidades de la Universidad Central de Venezuela. Actualmente nos encontramos realizando una investigación en la cual se trabajara sobre la relación del uso de estrategias de afrontamiento y el tipo de especialidad médica. Por medio de la presente solicitamos su colaboración para poder realizar parte de la investigación con el personal médico de esta prestigiosa institución. Específicamente se aplicara un cuestionario en el cual se evaluara que tipo de estrategia de afrontamiento utilizan con más frecuencia los profesionales de la medicina, el cuestionario al que se hace referencia es el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CAE). Con la realización de esta investigación se estaría avanzando con el cumplimiento del requisito de tesis de grado necesario para obtener la Licenciatura en Psicología Clínica.

Agradeciendo de antemano toda la colaboración que puedan prestar y sin más a que hacer referencia se despiden.

Karina García S.
Karina García S.

Manuel González P.
Manuel González P.