

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
Departamento de Psicología y Sociología
de la Educación



Tesis Doctoral

**EFICACIA DEL PROGRAMA I.R.I.S. PARA
REDUCIR EL SÍNDROME DE BURNOUT
Y MEJORAR LAS DISFUNCIONES
EMOCIONALES EN PROFESIONALES
SANITARIOS**

José Manuel Párraga Sánchez
CÁCERES 2005

***Edita: Universidad de Extremadura
Servicio de Publicaciones***

Caldereros 2. Planta 3^a
Cáceres 10071
Correo e.: publicac@unex.es
<http://www.unex.es/publicaciones>

**Tesis
Doctoral**



**José Manuel
Párraga
Sánchez**

UNIVERSIDAD DE EXTREMADURA
Departamento de Psicología y Sociología de la
Educación



Tesis Doctoral

**EFICACIA DEL PROGRAMA I.R.I.S.
PARA REDUCIR EL SÍNDROME DE
BURNOUT Y MEJORAR LAS
DISFUNCIONES EMOCIONALES EN
PROFESIONALES SANITARIOS**

José Manuel Párraga Sánchez

CÁCERES 2005



TESIS DOCTORAL

**Eficacia del Programa I.R.I.S. para
reducir el Síndrome de Burnout y
mejorar las Disfunciones Emocionales
en Profesionales Sanitarios**

Tesis Doctoral presentada por:

D. José Manuel Párraga Sánchez

Dirigida por:

Dra. D^a. Elena Felipe Castaño

A Ricardo, Jaime y Hugo porque

ellos lo son todo para mí.

A Conchi, mi amor, porque sin

ella no habría nada.

“No existe mayor felicidad que la

de descubrir en mi rostro el

reflejo de tu sonrisa”.

El trabajo es satisfacción, pero puede ser aun más si es bien compartido. Al final, siempre, lo importante son las personas. Y este, como cualquier otro de mis “trabajos”, ha sido encantadoramente mágico gracias a unas personas a las que les pertenece una parte importante de esta tesis.

Mi agradecimiento a mi directora de Tesis, Dra. Elena Felipe Castaño por su extrema confianza en mí, por dejarme hacer y por esos sabios consejos que han enriquecido sobremanera el resultado final de este trabajo.

Mi agradecimiento a la Dirección de Enfermería del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia por su apoyo incondicional y “a ciegas” en este proyecto.

Mi agradecimiento a mis compañeros de “fatiga”, por sus ánimos, pues no hay mejor amigo que un buen compañero.

Mi agradecimiento a todos los sanitarios que han participado en este estudio, sin cuya colaboración e implicación en las sesiones de intervención no hubiese sido posible la realización de esta investigación. Ellos han sido el “objetivo” y el “resultado”. Gracias, de corazón, por vuestras sonrisas.

Índice General

	Pág.
Índice de Figuras.....	xi
Índice de Tablas.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN GENERAL.....	3
II. DESARROLLO TEÓRICO.....	9
Capítulo 1: Síndrome de Burnout: un trastorno de inadaptación al estrés laboral.....	11
1.1 Introducción.....	13
1.2 Antecedentes históricos y delimitación conceptual del burnout.....	14
1.3 Evolución de la definición del término burnout.....	17
1.4 Resultados y consecuencias del burnout.....	25
1.5 Modelos teóricos interpretativos del burnout.....	26
1.5.1 Modelos teóricos del estrés laboral.....	27
1.5.2 Modelos basados en enfoques salutogénicos de salud.....	29
1.5.3 Modelos basados en la teoría sociocognitiva del yo.....	32

1.5.4 Modelos basados en las teorías del intercambio social.....	33
1.5.5 Modelos basados en la teoría organizacional.....	34
1.5.6 Modelo transaccional del estrés.....	35
1.6 Evolución de las dimensiones del síndrome de burnout.....	37
1.7 Variables y estresores laborales predictores del burnout.....	39
1.7.1 Variables personales afectivo-cognitivas-emocionales.....	40
1.7.2 Variables personales biológico-demográficas.....	44
1.7.3 Variables del contexto ambiental.....	45
1.7.4 Variables organizacionales.....	46
1.7.5 Variables del contexto laboral.....	49
1.7.6 Variables estructurales.....	51
Capítulo 2: Síndrome de Burnout y disfunciones emocionales.....	53
2.1 Introducción.....	55
2.2 Disfunciones emocionales.....	57
2.2.1 Ansiedad.....	59
2.2.2 Depresión.....	61
2.2.3 Diferencias entre ansiedad y depresión.....	63
2.2.4 Actitudes disfuncionales.....	66
2.3 Estrés en el trabajo y disfunciones emocionales.....	74
2.4 Burnout y depresión.....	84
2.5 Burnout y ansiedad.....	88

2.6 Apoyo social como factor reductor del burnout y de las disfunciones emocionales.....	91
Capítulo 3: Estudios experimentales, estrategias y programas de intervención respecto al Burnout en profesionales sanitarios.....	103
3.1 Introducción.....	105
3.2 Revisión de estudios.....	106
3.3 Estrategias de intervención.....	113
3.3.1 Estrategias individuales.....	114
3.3.2 Estrategias interpersonales o grupales.....	118
3.3.3 Estrategias organizacionales.....	119
3.3.4 Enfoque polifacético de la prevención del estrés.....	124
3.3.5 Programación neurolingüística.....	125
3.3.6 Sísifo versus Ulises: dos estrategias diferentes.....	128
3.4. Programas de intervención.....	129
3.4.1 Programas orientados a controlar el estrés.....	131
3.4.1.1 Programa de entrenamiento en las habilidades y en las técnicas más idóneas para el control del estrés.....	131
3.4.1.2 Programa de intervención terapéutica centrado en el control de estrés laboral.....	131
3.4.1.3 Stress management interventions.....	132
3.4.2 Programas encaminados a la mejora de la comunicación y/o	

al aprendizaje de técnicas y estrategias.....	133
3.4.2.1 Accelerated Recovery Program for compassion fatigue...	133
3.4.2.2 Assertiveness Training.....	135
3.4.2.3 Programa de entrenamiento en técnicas de autocontrol y técnicas de comunicación.....	138
3.4.2.4 Solution-focused brief therapy.....	138
3.4.2.5 Respiratory One Method.....	139
3.4.2.6 Multisystem Assessment of Stress and Health.....	139
Capítulo 4: Programa I.R.I.S.: Desarrollo metodológico de un programa de intervención cognitivo-conductual.....	141
4.1 Introducción.....	143
4.2 Programa de intervención.....	146
4.2.1 Generalidades.....	146
4.2.2 Bloque I: Estrategias dirigidas a la prevención y control de estrés.....	148
4.2.2.1 Objetivos.....	148
4.2.2.2 Contenido teórico.....	149
4.2.2.3 Contenido práctico.....	150
4.2.3 Bloque II: Estrategias dirigidas a la mejora de la comunicación y al desarrollo de las actitudes implicadas en la autoayuda y en la relación interpersonal de ayuda.....	155

4.2.3.1	Objetivos.....	155
4.2.3.2	Contenido teórico.....	156
4.2.3.3	Contenido práctico.....	157
4.2.4	Bloque III: Estrategias dirigidas al aprendizaje y aplicación de recursos cognitivos.....	162
4.2.4.1	Objetivos.....	162
4.2.4.2	Contenido teórico.....	163
4.2.4.3	Contenido práctico.....	164
4.2.5	Bloque IV: Estrategias dirigidas al desarrollo y entrenamiento de técnicas instrumentales y adaptativas.....	170
4.2.5.1	Objetivos.....	170
4.2.5.2	Contenido teórico.....	171
4.2.5.3	Contenido práctico.....	172
4.2.6	Bloque V: Estrategias dirigidas al entrenamiento en las habilidades sociales.....	178
4.2.6.1	Objetivos.....	178
4.2.6.2	Contenido teórico.....	179
4.2.6.3	Contenido práctico.....	180
4.2.7	Ayudas terapéuticas.....	184
4.3	Desarrollo de la intervención: Diario de Sesiones.....	185
4.3.1	Fase previa: Entrevista.....	185
4.3.2	Sesiones correspondientes al Bloque I: Estrategias dirigidas a la prevención y control de estrés.....	186

4.3.3 Sesiones correspondientes al Bloque II: Estrategias dirigidas a la mejora de la comunicación y al desarrollo de actitudes..	187
4.3.4 Sesiones correspondientes al Bloque III: Estrategias dirigidas al aprendizaje y a la aplicación de recursos cognitivos.....	189
4.3.5 Sesiones correspondientes al Bloque IV: Estrategias dirigidas al desarrollo y entrenamiento de técnicas instrumentales y adaptativas.....	190
4.3.6 Sesiones correspondientes al Bloque V: Estrategias dirigidas al entrenamiento en habilidades sociales.....	191
Capítulo 5: Discusión del desarrollo teórico.....	193
 III: DESARROLLO EMPÍRICO	
Capítulo 6: Material y método.....	205
6.1 Preguntas, objetivos e hipótesis de la investigación.....	207
6.1.1 Preguntas de investigación.....	207
6.1.2 Objetivos.....	209
6.1.3 Hipótesis de investigación relacionadas con los objetivos.....	210
6.2 Descripción de los participantes.....	213
6.3 Descripción de los instrumentos.....	215
6.3.1 Maslach Burnout Inventory (M.B.I.).....	216

6.3.2 Escala de Actitudes Disfuncionales (D.A.S.).....	223
6.3.3 Escala Magallanes de Estrés (E.M.E.S.T.).....	227
6.3.4 Encuesta para Diagnosticar el Estrés Laboral (E.D.E.).....	229
6.3.5 Beck Depresión Inventory (B.D.I.).....	232
6.3.6 Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (S.T.A.I.).....	234
6.3.7 Escala de Adjetivos Interpersonales (I.A.S.).....	236
6.4 Descripción de las variables.....	241
6.5 Diseño de la investigación.....	244
6.6 Procedimiento.....	245
6.6.1 Fase 1: Fase previa y de negociación con Dirección de Enfermería.....	245
6.6.2 Fase 2: Diseño y temporalidad de los grupos experimentales.	248
6.6.3 Fase 3: Aplicación del programa I.R.I.S.....	249
6.6.4 Fase 4: Evaluación post-intervención y entrega de Diplomas Acreditativos.....	250
6.6.5 Fase 5: Evaluación de seguimiento del grupo experimental...	250
6.6.6 Fase 6: Consentimiento Informado y entrega de Informe Psicológico Individualizado.....	251
6.7 Análisis estadístico.....	252
Capítulo 7: Resultados: Análisis e interpretación.....	255
7.1 Análisis descriptivo de las variables en la fase pretest o pre-	

intervención.....	257
7.2 Estudio de correlación de las diferentes variables dependientes.....	268
7.3 Eficacia del programa I.R.I.S.....	276
7.3.1 Análisis descriptivo pre-post de las variables.....	278
7.3.1.1 Variable Burnout.....	278
7.3.1.2 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés.....	280
7.3.1.3 Variable Ansiedad Rasgo.....	282
7.3.1.4 Variable Depresión.....	285
7.3.1.5 Variable Actitud Psicológica Disfuncional.....	287
7.3.1.6 Variable Estrés Laboral.....	289
7.3.2 Significación estadística.....	291
7.3.3 Pruebas de normalidad y homocedasticidad.....	295
7.3.3.1 Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la variable Burnout.....	295
7.3.3.2 Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la variable Intensidad de Respuestas de Estrés.....	297
7.3.3.3 Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la variable Ansiedad Rasgo.....	299
7.3.3.4 Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la variable Depresión.....	301
7.3.3.5 Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la variable Actitud Psicológica Disfuncional.....	303
7.3.4 ¿Es eficaz el programa I.R.I.S.?.....	305

7.3.4.1 Eficacia del programa IRIS para la variable Burnout.....	305
7.3.4.2 Eficacia del programa IRIS para la variable Intensidad de Respuestas de Estrés.....	308
7.3.4.3 Eficacia del programa IRIS para la variable Ansiedad Rasgo.....	311
7.3.4.4 Eficacia del programa IRIS para la variable Depresión....	314
7.3.4.5 Eficacia del programa IRIS para la variable Actitud Psicológica Disfuncional.....	317
7.4 Comparativa del programa IRIS respecto a la asistencia a las sesiones de relajación, temporalidad y número de sesiones aplicadas.....	320
7.4.1 Comparativa según asistencia a sesiones de relajación.....	321
7.4.2 Comparativa según temporalidad de la intervención.....	323
7.4.3 Comparativa según número de sesiones de intervención.....	326
7.5 La influencia de los Estilos de Conducta Interpersonal en el programa IRIS.....	329
7.5.1 Estilos de Conducta Interpersonal de los sujetos experimentales que se relacionan con burnout, intensidad de respuesta de estrés, ansiedad, depresión y actitud psicológica disfuncional.	329
7.5.1.1 Estudio de correlación.....	330
7.5.1.2 Estadísticos descriptivos dimensiones DOM/LOV.....	332
7.5.2 Estilos de Conducta Interpersonal que se relacionan con un mayor éxito del programa IRIS.....	333

7.6 Estudio de seguimiento: Evaluación de resultados del Programa	
IRIS un año después.....	340
7.7 Interpretación de resultados en relación con otros estudios	
publicados.....	348
Capítulo 8: Conclusiones y líneas futuras de investigación.....	351
8.1 Conclusiones.....	353
8.2 Líneas futuras de investigación.....	364
Referencias Bibliográficas.....	369
IV. ANEXOS.....	413
Anexo I: Diario de Sesiones: Esquema del programa.....	417
Anexo II: Asignación de tareas.....	423
Anexo III: Canciones para escuchar con el corazón.....	435
Anexo IV: Texto de presentaciones para dinámicas.....	453
Anexo V: Libros de Autoayuda.....	467
Anexo VI: Programa del Curso de Habilidades de Relación y Autoayuda...	469
Anexo VII: Declaración de Interés Sanitario de la Junta de Extremadura.....	477
Anexo VIII: Diploma Acreditativo.....	479
Anexo IX: Informe Psicológico Individualizado.....	481
Anexo X: Consentimiento Informado.....	483

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 7.1 Gráfico medias para grupo experimental y control en la Variable Burnout en la fase pretest y postest.....	279
Figura 7.2 Gráfico medias para cada uno de los grupos en la Variable Burnout en la fase pretest y postest.....	279
Figura 7.3 Gráfico medias para grupo experimental y control en la Variable Intensidad de Respuestas de Estrés en la fase pretest y postest.....	281
Figura 7.4 Gráfico medias para cada uno de los grupos en la Variable Intensidad de Respuestas de Estrés en la fase pretest y postest.	282
Figura 7.5 Gráfico medias para grupo experimental y control en la Variable Ansiedad/Rasgo en la fase pretest y postest.....	283
Figura 7.6 Gráfico medias para cada uno de los grupos en la Variable Ansiedad/Rasgo en la fase pretest y postest.....	284
Figura 7.7 Gráfico medias para grupo experimental y control en la Variable Depresión en la fase pretest y postest.....	285
Figura 7.8 Gráfico medias para cada uno de los grupos en la Variable Depresión en la fase pretest y postest.....	286
Figura 7.9 Gráfico medias para grupo experimental y control en la Variable Actitud Psicológica Disfuncional en la fase pretest y	

postest.....	288
Figura 7.10 Gráfico medias para cada uno de los grupos en la Variable Actitud Psicológica Disfuncional en la fase pretest y postest.....	288
Figura 7.11 Gráfico medias para grupo experimental y control en la Variable Estrés Laboral en la fase pretest y postest.....	290
Figura 7.12 Gráfico medias para cada uno de los grupos en la Variable Estrés Laboral en la fase pretest y postest.....	290
Figura 7.13 Gráfico media de la Variable Burnout en la fase pretest, postest y de seguimiento (n=37).....	345
Figura 7.14 Gráfico medias de la Variable Intensidad de Respuestas de Estrés en la fase pretest, postest y de seguimiento (n=37).....	345
Figura 7.15 Gráfico medias de la Variable Ansiedad/Rasgo en la fase pretest, postest y de seguimiento (n=37).....	346
Figura 7.16 Gráfico medias de la Variable Depresión en la fase pretest, postest y de seguimiento (n=37).....	346
Figura 7.17 Gráfico medias de la Variable Actitud Psicológica Disfuncional en la fase pretest, postest y de seguimiento (n=37).....	347
Figura 7.18 Gráfico medias de la Variable Estrés Laboral en la fase pretest, postest y de seguimiento (n=37).....	347

Índice de Tablas

	Pág.
Tabla 3.1: Estudios de referencia sobre el Síndrome de Burnout. Período de 1997 a 2004.....	107
Tabla 3.2: Estudios de referencia sobre el Síndrome de Burnout. Período anterior a 1997.....	108
Tabla 3.3: Estudios de referencia sobre el Síndrome de Burnout en porcentajes por niveles.....	109
Tabla 4.1 Sesión 1. Presentación y objetivos.....	186
Tabla 4.2 Sesión 2. Estrés y Síndrome de Burnout.....	186
Tabla 4.3 Sesión 3. Afrontamiento del estrés.....	186
Tabla 4.4 Sesión 4. Biofeedback +: Confianza, Relajación y Apoyo social...	187
Tabla 4.5 Sesión 5. Actitudes en la relación de ayuda.....	187
Tabla 4.6 Sesión 6. Actitudes en la autoayuda y para el cambio.....	187
Tabla 4.7 Sesión 7. Comunicación: generalidades y objetivos.....	188
Tabla 4.8 Sesión 8. Comunicación: conducta verbal y no verbal.....	188
Tabla 4.9 Sesión 9. Asertividad.....	188
Tabla 4.10 Sesión 10. Autocontrol.....	189
Tabla 4.11 Sesión 11. Autoestima.....	189
Tabla 4.12 Sesión 12. Reestructuración cognitiva-Terapia Racional Emotiva.	189
Tabla 4.13 Sesión 13. Autoinstrucciones-Control del diálogo interno.....	190
Tabla 4.14 Sesión 14. Solución de problemas-Administración del tiempo...	190

Tabla 4.15 Sesión 15. Motivación.....	190
Tabla 4.16 Sesión 16. Regulación de conflictos.....	191
Tabla 4.17 Sesión 17. Afrontamiento de conflictos y toma de decisiones....	191
Tabla 4.18 Sesión 18. Entrenamiento en Habilidades Sociales I.....	191
Tabla 4.19 Sesión 19. Entrenamiento en Habilidades Sociales II.....	192
Tabla 4.20: Sesión 20. Entrenamiento en Habilidades Sociales III.....	192
Tabla 6.1 Edad: Estadísticos descriptivos.....	214
Tabla 6.2 Turno laboral.....	214
Tabla 6.3 Puntos de corte del M.B.I. en el sector sanitario.....	219
Tabla 7.1 Estadísticos descriptivos: Variable Burnout. Fase pretest. Grupos Establecidos.....	258
Tabla 7.2 Estadísticos descriptivos: Variable Burnout. Fase pretest. Grupo Total (N = 82).....	259
Tabla 7.3 Estadísticos descriptivos: Variable Estrés Laboral. Fase pretest. Grupos Establecidos.....	261
Tabla 7.4 Estadísticos descriptivos: Variable Estrés Laboral. Fase pretest. Grupo Total (N = 82).....	262
Tabla 7.5 Estadísticos descriptivos: Variable Intensidad Respuesta de Estrés. Fase pretest. Grupos Establecidos.....	263
Tabla 7.6 Estadísticos descriptivos: Variable Ansiedad Estado/Rasgo. Fase pretest. Grupos Establecidos.....	264
Tabla 7.7 Estadísticos descriptivos: Depresión. Fase pretest. Grupos Establecidos.....	265

Tabla 7.8 Estadísticos descriptivos: Actitud Psicológica Disfuncional. Fase pretest. Grupos Establecidos.....	266
Tabla 7.9 Estadísticos descriptivos: Variable Actitud Psicológica Disfuncional. Fase pretest. Grupo Total (N = 82).....	267
Tabla 7.10 Estadísticos descriptivos: Variables Dependientes. Fase pretest. Grupo Total (N = 82).....	267
Tabla 7.11 Resultados de la prueba de correlación de Pearson: Variables Dependientes (N = 82).....	268
Tabla 7.12 Resultados de la prueba de correlación de Pearson: Dimensiones Burnout–Resto de Variables Dependientes. (N = 82).....	270
Tabla 7.13 Resultados de la prueba de correlación de Pearson: Dimensiones Burnout - Variables Estrés Laboral. (N = 82).....	272
Tabla 7.14 Resultados de la prueba de correlación de Pearson: Dimensiones Burnout - Variables Actitudes Disfuncionales. (N= 82).....	274
Tabla 7.15 Resultados de la prueba de correlación de Pearson: Variables Estrés Laboral – Variables Dependientes. (N = 82).....	275
Tabla 7.16 Estadísticos descriptivos variable Burnout.....	279
Tabla 7.17 Estadísticos descriptivos variable Intensidad de Respuestas de Estrés.....	281
Tabla 7.18 Estadísticos descriptivos variable Ansiedad/Rasgo.....	283
Tabla 7.19 Estadísticos descriptivos variable Depresión.....	285
Tabla 7.20 Estadísticos descriptivos variable Actitud Psicológica Disfuncional.....	287

Tabla 7.21 Estadísticos descriptivos variable Estrés Laboral.....	290
Tabla 7.22 Resultados Prueba <i>t</i> de Student para las variables dependientes en el grupo experimental total (n=61).....	292
Tabla 7.23 Resultados prueba de Rangos con signo de Wilcoxon. Variable Burnout y Dimensiones del Burnout. Grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control.....	293
Tabla 7.24 Resultados prueba de Rangos con signo de Wilcoxon. Variables: Estrés Laboral, Intensidad Respuesta de Estrés, Ansiedad Rasgo, Depresión y Actitud psicológica Disfuncional. Grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control.....	294
Tabla 7.25 Variable Burnout: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimental total y control.....	296
Tabla 7.26 Variable Burnout: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupo experimental total y control.....	296
Tabla 7.27 Variable Burnout: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control.....	296
Tabla 7.28 Variable Burnout: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control.....	297
Tabla 7.29 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimental total y control.....	298
Tabla 7.30 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupo	

experimental total y control.....	298
Tabla 7.31 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control.....	298
Tabla 7.32 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control.....	299
Tabla 7.33 Variable Ansiedad Rasgo: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimental total y control.....	300
Tabla 7.34 Variable Ansiedad Rasgo: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupo experimental total y control.....	300
Tabla 7.35 Variable Ansiedad Rasgo: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control.....	300
Tabla 7.36 Variable Ansiedad Rasgo: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control.....	301
Tabla 7.37 Variable Depresión: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimental total y control.....	302
Tabla 7.38 Variable Depresión: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupo experimental total y control.....	302
Tabla 7.39 Variable Depresión: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control.....	302
Tabla 7.40 Variable Depresión: Prueba de homogeneidad de la varianza.	

Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control.....	303
Tabla 7.41 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimental total y control.....	304
Tabla 7.42 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupo experimental total y control.....	304
Tabla 7.43 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control.....	304
Tabla 7.44 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control.....	305
Tabla 7.45 Variable Burnout: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupo experimental total - Grupo control.....	306
Tabla 7.46 Variable Burnout: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupos experimentales (a,b,c,d,e)-Grupo control..	307
Tabla 7.47 Variable Burnout: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupo experimental total – Grupo control.....	307
Tabla 7.48 Variable Burnout: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupos experimentales (a,b,c,d,e) – Grupo control.....	307

Tabla 7.49 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupo experimental total- Grupo control.....	309
Tabla 7.50 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupos experimentales (a,b,c,d,e) - Grupo control.....	310
Tabla 7.51 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni para la Fase postest. Grupo experimental total – Grupo control.....	310
Tabla 7.52 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni para la Fase postest. Grupos experimentales (a,b,c,d,e)– Grupo control.....	311
Tabla 7.53 Variable Ansiedad Rasgo: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupo experimental total - Grupo control.....	312
Tabla 7.54 Variable Ansiedad Rasgo: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupos experimentales (a,b,c,d,e)-Grupo control..	313
Tabla 7.55 Variable Ansiedad Rasgo: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupo experimental total – Grupo control.....	313
Tabla 7.56 Variable Ansiedad Rasgo: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupos experimentales (a,b,c,d,e)– Grupo control.....	313
Tabla 7.57 Variable Depresión: Prueba de los efectos intersujetos	

(ANCOVA). Grupo experimental total - Grupo control.....	315
Tabla 7.58 Variable Depresión: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupos experimentales (a,b,c,d,e)-Grupo control..	315
Tabla 7.59 Variable Depresión: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupo experimental total – Grupo control.....	316
Tabla 7.60 Variable Depresión: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupos experimentales (a,b,c,d,e)– Grupo control.....	316
Tabla 7.61 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupo experimental total - Grupo control.....	318
Tabla 7.62 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupos experimentales (a,b,c,d,e) - Grupo control.....	318
Tabla 7.63 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupo experimental total – Grupo control.....	319
Tabla 7.64 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupos experimentales (a,b,c,d,e) – Grupo control.....	319
Tabla 7.65 Variable Relajación para la variable dependiente Burnout: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase	

postest.....	321
Tabla 7.66 Variable Relajación para la variable dependiente Intensidad de respuestas de Estrés: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	322
Tabla 7.67 Variable Relajación para la variable dependiente Ansiedad Rasgo: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	322
Tabla 7.68 Variable Relajación para la variable dependiente Depresión: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	322
Tabla 7.69 Variable Relajación para la variable dependiente Actitud Psicológica Disfuncional: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	323
Tabla 7.70 Variable Temporalización para la variable dependiente Burnout: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	324
Tabla 7.71 Variable Temporalización para la variable dependiente Intensidad de Respuestas de Estrés: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	324
Tabla 7.72 Variable Temporalización para la variable dependiente Ansiedad Rasgo: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	324
Tabla 7.73 Variable Temporalización para la variable dependiente	

Depresión: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	325
Tabla 7.74 Variable Temporalización para la variable dependiente Actitud Psicológica Disfuncional: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	325
Tabla 7.75 Variable Número de Sesiones para la variable dependiente Burnout: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	326
Tabla 7.76 Variable Número de Sesiones para la variable dependiente Cansancio Emocional: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	327
Tabla 7.77 Variable Número de Sesiones para la variable dependiente Despersonalización: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	327
Tabla 7.78 Variable Número de Sesiones para la variable dependiente Realización Personal: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	327
Tabla 7.79 Variable Número de Sesiones para la variable dependiente Intensidad de Respuestas de Estrés: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	328
Tabla 7.80 Variable Número de Sesiones para la variable dependiente Actitud Psicológica Disfuncional: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	328

Tabla 7.81 Resultados de la prueba de correlación de Pearson: Escalas de Adjetivos Interpersonales (IAS) – Variables Dependientes. (n = 57).....	330
Tabla 7.82 Estadísticos descriptivos según dimensiones polares para las variables dependientes. Fase pretest.....	332
Tabla 7.83 Variable Burnout: Diferencias de medias según dimensiones polares. Fases pre-post.....	334
Tabla 7.84 Variable Intensidad Respuestas de Estrés: Diferencias de medias según dimensiones polares. Fases pre-post.....	335
Tabla 7.85 Variable Ansiedad/Rasgo: Diferencias de medias según dimensiones polares. Fases pre-post.....	335
Tabla 7.86 Variable Depresión: Diferencias de medias según dimensiones polares. Fases pre-post.....	336
Tabla 7.87 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Diferencias de medias según dimensiones polares. Fases pre-post.....	337
Tabla 7.88 Variable Estilo de Conducta Interpersonal para la variable Burnout. Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	338
Tabla 7.89 Variable Estilo de Conducta Interpersonal para la variable Intensidad de Respuestas de Estrés. Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	338
Tabla 7.90 Variable Estilo de Conducta Interpersonal para la variable Ansiedad Rasgo. Comparaciones por pares con ajuste de	

Bonferroni. Fase postest.....	338
Tabla 7.91 Variable Estilo de Conducta Interpersonal para la variable Depresión. Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	339
Tabla 7.92 Variable Estilo de Conducta Interpersonal para la variable Actitud Psicológica Disfuncional. Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.....	339
Tabla 7.93 Variable Burnout: Resultados prueba <i>t</i> de Student. Grupo de seguimiento versus Grupo experimental.....	341
Tabla 7.94 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Resultados prueba <i>t</i> de Student. Grupo de seguimiento versus Grupo experimental.....	341
Tabla 7.95 Variable Ansiedad/Rasgo: Resultados prueba <i>t</i> de Student. Grupo de seguimiento versus Grupo experimental.....	342
Tabla 7.96 Variable Depresión: Resultados prueba <i>t</i> de Student. Grupo de seguimiento versus Grupo experimental	342
Tabla 7.97 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Resultados prueba <i>t</i> de Student. Grupo de seguimiento vs. Grupo experimental.....	343
Tabla 7.98 Variable Estrés laboral: Resultados prueba <i>t</i> de Student. Grupo de seguimiento versus grupo experimental.....	343
Tabla 7.99 Estadísticos descriptivos para evaluación de las variables dependientes, en fase pretest, postets y de seguimiento (n=37)..	344

I. INTRODUCCIÓN GENERAL

Introducción

Quisiéramos comenzar con un párrafo de Freudenberger (1980a), en donde el autor, de forma figurada, nos asemeja el burnout con un incendio de un edificio; siendo este un buen inicio de lo que aquí fuere a acontecer:

“Si ha visto un edificio destruido por el fuego sabe hasta que punto puede ser devastadora una tragedia semejante. Lo que antes era una estructura llena de vida, ahora no es más que una estructura desértica. Allí donde antes había un edificio bullente de actividad, ahora no quedan más que escombros para recordarnos toda la vida la energía que allí reinaba. Puede que aún quede algún trozo de pared en pie, puede que aún se distingan algunas ventanas; incluso puede que permanezca intacta la estructura exterior, pero si se asoma al interior quedará impresionado por la gran destrucción que allí existe. (...). Me he dado cuenta de que la gente a veces es víctima de un incendio, como los edificios. Bajo la tensión producida por la vida en nuestro complejo mundo, sus recursos internos se consumen como bajo la acción de las llamas, dejando sólo un inmenso vacío interior, aunque la envoltura externa parezca más o menos intacta (pág. 13)”.

Tragedia, desierto, destrucción, vacío interior..., quizá estos términos sean los que mejor definan el burnout; cuánto de acertado estuvo Freudenberger. Pero aún más, podríamos, de un modo análogo, utilizar los términos estrés, soledad, ansiedad, depresión..., como sinónimos de aquellos. E incluso podríamos llegar a pensar que cuando el autor hace referencia al hecho de que los recursos internos se consumen, estuviera dando la clave para comprender el por qué de este problema de carácter preferentemente emocional que tanta y tanta repercusión negativa tiene sobre la salud de los profesionales sanitarios. No hay mejor manera de solucionar un problema que haberlo comprendido previamente.

Para comenzar a comprenderlo, en el primer capítulo intentaremos conocer a fondo todo lo relativo al burnout. Desde hace tres décadas, son múltiples los artículos, referencias y demás publicaciones científicas y estudios experimentales referentes al tan usado término de burnout que se conceptualiza, bien como un desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (Cherniss, 1980), bien como una crisis de autoeficacia (Leiter, 1992), bien como un afrontamiento incorrecto del trabajo asistencial y de las preocupaciones ligadas a él (Moreno y Oliver, 1992), bien como una respuesta al estrés laboral crónico (Gil-Monte y Peiró, 1999), bien como un proceso disfuncional de deterioro (Buendía y Ramos, 2001), bien como un trastorno adaptativo crónico en asociación con las demandas psicosociales (Capilla, 2000 y Flórez-Lozano, 2003), así como otras acepciones del término que de manera definitoria desgranaremos posteriormente, ya que existen casi tantas definiciones del término como autores

hayan abordado este tema. Es de reseñar también, las diferentes denominaciones que se le han dado a este síndrome, como por ejemplo, síndrome de burnout, síndrome de quemazón profesional, síndrome de desgaste profesional, síndrome de estrés laboral asistencial, síndrome de estar quemado, etc. Nosotros nos referiremos a este trastorno con la denominación de síndrome de burnout, entre otras cosas por ser la primera acepción del síndrome así como la más utilizada por la mayoría de los autores.

La necesidad de estudiar el burnout se ha hecho particularmente intensa en los servicios de salud. Promover la salud, prevenir la enfermedad, curar y rehabilitar, son tareas que producen satisfacciones, pero también muchos problemas y dificultades en el personal de estos equipos, que suelen tener una alta tasa de trastornos y factores de riesgo asociados, debido entre otras variables a la fuerte tensión laboral a que se ven diariamente sometidos. Ya que el burnout se ha ido convirtiendo en una amenaza para los equipos de salud, es de interés, de sumo interés saber identificarlo y manejarlo consecuentemente. Para identificar el burnout, será necesario definirlo convenientemente, así como estudiar los modelos teóricos explicativos.

En el segundo capítulo veremos que el burnout no viaja solo; uno de sus compañeros de viaje es un tanto triste (la depresión), otro especialmente nervioso (la ansiedad) y que oscuro viste ese otro viajero que lo ve todo de negro (la debilidad psicológica). Intentaremos aclarar que los une, y que los provoca, quizá

el estrés laboral, o la falta de recursos, o bien la falta de apoyo social, etc. A estos compañeros de viaje los englobaremos en un mismo término, el de “disfunciones emocionales”, quizá por que viajen en grupo y se encuentren relacionados, algo que resolveremos en nuestro estudio empírico.

Es decir, en nuestro segundo capítulo conoceremos cuales son los nexos de unión que tiene el burnout con otras alteraciones emocionales, como la ansiedad, la depresión o las actitudes psicológicas disfuncionales, así como la relación existente con una variable psicosocial de primer orden, el apoyo social.

En el tercer capítulo detallaremos los resultados de los estudios experimentales analizados, en donde podremos observar que se trata de un síndrome ciertamente preocupante, ya sea por su expansión acelerada, por su universalidad de afectados, especialmente dentro del campo de los trabajadores de profesiones humanitarias de ayuda, y sobre todo por los riesgos que para la salud comporta, tanto para la salud física como para la salud psíquica.

Para poder manejar el burnout, es necesario “aprender de él”, de su “comportamiento”, de su manera de distribuirse y de desarrollarse; entonces estaremos en disposición de saber como controlarlo, como evitarlo, o como hacerlo salir de nuestras vidas. Algunos investigadores ya han intentado ponerle un “cerco” teórico por lo que en el capítulo tercero revisaremos sus estrategias de

prevención y de intervención, e incluso otros han llegado a “actuar” y han elaborado programas de intervención que expondremos a lo largo de ese capítulo.

No estaría de más elaborar un programa de intervención que pudiera limitar los efectos negativos de esos “viajeros” que amargamente nos acompañan, e incluso podríamos, a partir de la implementación de dicho programa, ganarles la partida; el programa I.R.I.S. surge para intentarlo y por ello, lo detallaremos convenientemente en el capítulo cuatro, a través del estudio pormenorizado de sus estrategias de actuación y técnicas de aplicación.

Pero no sólo deseamos exponer y nombrar una vez más un problema, sino que pretendemos darle una solución, ya que quizá sea sólo lo que quede por hacer. Para conocer si realmente nuestro programa de intervención ha sido efectivo, es decir, si hemos conseguido que nuestros compañeros de viaje se bajasen en la siguiente estación, realizaremos en nuestro desarrollo empírico de la Tesis, un análisis pormenorizado de los resultados obtenidos con la intervención psicológica propuesta.

Observaremos como nuestro programa de intervención ofrece una solución terapéutica de repercusiones beneficiosas para la salud mental y emocional de nuestros profesionales sanitarios.

El principio ya fue, el fin está por llegar.

II. DESARROLLO TEÓRICO

Capítulo 1

Síndrome de Burnout: un trastorno de inadaptación al estrés laboral.

1.1 Introducción.....	13
1.2 Antecedentes históricos y delimitación conceptual del burnout.....	14
1.3 Evolución de la definición del término burnout.....	17
1.4 Resultados y consecuencias del burnout.....	25
1.5 Modelos teóricos interpretativos del burnout.....	26
1.5.1 Modelos teóricos del estrés laboral.....	27
1.5.2 Modelos basados en enfoques salutogénicos de salud.....	29
1.5.3 Modelos basados en la teoría sociocognitiva del yo.....	32
1.5.4 Modelos basados en las teorías del intercambio social.....	33
1.5.5 Modelos basados en la teoría organizacional.....	34
1.5.6 Modelo transaccional del estrés.....	35
1.6 Evolución de las dimensiones del síndrome de burnout.....	37
1.7 Variables y estresores laborales predictoras del burnout.....	39
1.7.1 Variables personales afectivo-cognitivas-emocionales.....	40
1.7.2 Variables personales biológico-demográficas.....	44
1.7.3 Variables del contexto ambiental.....	45
1.7.4 Variables organizacionales.....	46
1.7.5 Variables del contexto laboral.....	49
1.7.6 Variables estructurales.....	51

Capítulo 1

Síndrome de Burnout: un trastorno de inadaptación al estrés laboral

1.1 Introducción

En este capítulo se abordan los antecedentes históricos que justifican la necesidad de estudiar el síndrome de burnout. Síndrome que se conceptualiza como un proceso en el que intervienen elementos cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización). Con base a esta conceptualización se presenta una taxonomía que integra diferentes modelos elaborados para explicar la etiología y consecuencias del síndrome. Se revisan las variables predictoras del burnout y los generadores de estrés más frecuentes entre los profesionales sanitarios, así como las consecuencias que en forma de síntomas repercuten en los profesionales afectados.

1.2 Antecedentes históricos y delimitación conceptual del burnout

En 1974, un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger que trabajaba como asistente voluntario en la “Free Clinic” de Nueva York para toxicómanos, al igual que otros voluntarios jóvenes e idealistas, observó que al cabo de un período más o menos largo, entre uno y tres años, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión (Mingote, 1998; Moreno, González y Garrosa, 2001). Según Leiter (1991a), el tipo de trabajo que estas personas hacían se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Freudenberger describió cómo estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico, con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece.

Para describir este patrón conductual homogéneo Freudenberger eligió la misma palabra “Burn-out” (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”) que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso. Esta era una palabra de uso común en la jerga atlética, deportiva y artística, que hacía referencia a aquellos sujetos que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado.

La psicóloga social Cristina Maslach por aquel entonces, año 1976, estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Burnout era una expresión con gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo, no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos (Maslach y Jackson, 1986).

En las primeras publicaciones realizadas, referentes a la implicación con distintos profesionales, tales como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, policías, etc., así como en la divulgación de los medios de comunicación se destacaba más la importancia de las diferencias individuales, como de personalidad previa (perfeccionismo, idealismo, excesiva implicación en el trabajo), que la influencia de las condiciones objetivas de trabajo. Se popularizaron los seminarios de prevención y de intervención dirigidos a su adecuado afrontamiento. Además, el término burnout perdió precisión conceptual, convirtiéndose en un “cajón de sastre”, o mejor aún, en un “cajón desastre” sin consistencia científica, que según Mingote (1998) se asociaba al trabajo directo con personas, tras un tiempo prolongado de alta implicación emocional con el cliente, con alta demanda de exigencias adaptativas y bajas posibilidades de ejercer un control eficaz sobre esta situación, según el paradigma de la indefensión aprendida de Seligman.

García-Izquierdo (1991) comenta que el burnout es un problema característico de los trabajos de “servicios humanos”, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el “cliente”. Profesionales, sin duda, más expuestos a riesgos psico-emocionales como analizaremos posteriormente.

En la delimitación conceptual del término pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial (Gil-Monte y Peiró, 1997). La perspectiva clínica lo considera como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, en esta dirección se encaminaron los primeros trabajos de Freudenberger (1974), y de Pines y Aaronson (1988). La perspectiva psicosocial lo considera como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas como se indica en los trabajos de Maslach y Jackson (1981), Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), Leiter (1988) Schaufeli y Diederonck (1993), Gil Monte, Peiró y Valcárcel (1995), entre otros.

Existe una diferencia clave entre el burnout como estado o como proceso, ya que el burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés, que plantean un “etiquetamiento” (decir que alguien “está quemado” o “burn-out” sugiere un fenómeno estático, un resultado final), mientras que la conceptualización como proceso, lo aborda como un particular mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en su desarrollo

(Rodríguez-Marín, 1995; Gil-Monte y Peiró, 1997). Desde esta última perspectiva, el burnout podría ser entendido como una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, comportándose como variable mediadora en la relación estrés percibido y consecuencias.

Un nuevo problema surge paralelo a la definición de burnout, y es según Gil-Monte y Peiró (1997) el de diferenciarlo de otros estados con los que suele confundirse, como serían los estados de tedio, depresión, alienación, ansiedad, insatisfacción laboral, fatiga, etc. El proceso de burnout supone una interacción de variables afectivas, cognitivo-aptitudinales y actitudinales, que se articulan entre sí en un episodio secuencial. Estos autores señalan que más que un estado, es una particular respuesta a corto y mediano plazo al estrés crónico en el trabajo. Y en relación con este último aspecto Farber (1984) señala que el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida pero el burnout siempre negativos.

1.3 Evolución de la definición del término burnout

Pasaremos a describir una relación de algunas de las definiciones de burnout aparecidas en la literatura sobre este tema.

Freudenberger (1974): Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador.

Pines y Kafry (1978): Una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal.

Edelwich y Brodsky (1980): Pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo. Estos autores proponen cuatro fases por las que pasa todo individuo que padece burnout: a) entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro, b) estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración, c) frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, con lo que esta fase sería el núcleo central del síndrome, y d) apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Freudenberger (1980b): Estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada.

Cherniss (1980): Proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, en el que destacan tres momentos: a) desequilibrio entre demandas en el trabajo y

recursos individuales (estrés), b) respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento y c) cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Pines, Aaronson y Kafry (1981): Un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente.

Maslach y Jackson (1981): Respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional. Entienden que el burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) reducida realización personal.

Brill (1984): Un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral; y que está en relación con las expectativas previas.

Cronin-Stubbs y Rooks (1985): Una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales.

Shirom (1989): Consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, de manera que al descender los recursos personales aumenta el síndrome, por lo que la variable de afrontamiento sería determinante en la comprensión del burnout.

Moreno, Oliver y Aragonese (1991): Tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo.

Leiter (1992): Una crisis de autoeficacia. Distanciando así el burnout del estrés laboral.

Burke y Richardsen (1993): Proceso que ocurre a nivel individual como una experiencia psicológica envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, y es una experiencia negativa que da lugar a problemas de discomfort.

Leal (1993): Sintomatología depresiva que surge ante lo que el individuo siente como fracaso de sus intervenciones, pérdida de autoestima por la vivencia de que su trabajo y esfuerzo no son útiles.

Gil-Monte y Peiró (1997): Una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución.

Peris (2002): Trastorno caracterizado por la sobrecarga y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana.

Mingote Adán (1998) realiza una síntesis de los factores comunes a la mayoría de las definiciones de burnout: a) predominan los síntomas disfóricos, y, sobre todo, el agotamiento emocional, b) destacan las alteraciones de conducta referentes al modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente, c) se suelen dar síntomas físicos de estrés psicofisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que, a su vez, median en deterioro de la calidad de vida, d) se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se da en individuos considerados presuntamente “normales” y e) se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

Como elementos diferenciadores de las distintas definiciones, encontramos por una parte autores que destacan la relación del burnout con el estrés laboral, otros que comentan la importancia de los estados disfuncionales asociados al síndrome, los que lo relacionan con una sobrecarga cognitiva para el individuo o por último quienes lo llevan al plano personalizado como crisis de autoeficacia. Con todo esto, podríamos señalar a la inadecuada adaptación al estrés laboral, por cualquiera de los aspectos comentados anteriormente, como factor inherente al desarrollo del burnout. De ahí la importancia que adquiere la descripción de los diferentes estresores laborales, de los que la presencia de unos u otros llevarán al trabajador, dependiendo de factores individuales, especialmente cognitivos, y de la escasez de recursos de afrontamiento, a desarrollar el síndrome de burnout.

De las definiciones anteriores podríamos extraer que el burnout sería consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos podrán ser de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del burnout. Es necesaria la presencia de unas "interacciones humanas" trabajador-cliente, intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca. En este sentido, se conceptualiza el burnout como un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina (Arthur, 1990; Ayuso y López, 1993) y que se va "instaurando" en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.

No hay acuerdo unánime en igualar los términos burnout y estrés laboral, pero sí cierto consenso en asumir la similitud de ambos conceptos; sin embargo, definiciones como la de Freudenberger (1974), Maslach y Jackson (1981) o Pines, Aaronson y Kafry (1981) parecen indicar que existen matices que les hace difícilmente iguales. De hecho, Singh, Goolsby y Rhoads (1994) concluían que burnout y estrés laboral son constructos claramente diferentes.

Al igual que resulta imposible dar de lado u obviar la influencia del estrés diario en nuestras vidas (bien sea positivo o negativo), del mismo modo es imposible hacerlo con el estrés laboral por lo que creemos que el burnout no deja de ser más que un problema adaptativo, por inadaptación, a uno o varios estresores laborales que nos conducen a padecer este síndrome o a desarrollar cualquier otra patología somática o psiquiátrica. La inadaptación al estrés de la vida diaria puede conducirnos o abocar en una ruptura de pareja, en conflictos familiares, en depresión, etc.; si la inadaptación es al desarrollo de nuestro trabajo nos conducirá de igual manera a los trastornos emocionales y psicológicos derivados de las respuestas necesarias para nuestro trabajo, tales como la despersonalización, el cinismo, el agotamiento o fatiga emocional, precursores, o bien resultado de una falta de realización personal de nuestro trabajo.

Por último nos gustaría dar nuestra propia definición de este síndrome de burnout, que para nosotros sería *“un trastorno de inadaptación al estrés laboral, agudo o crónico, bien por falta de recursos de afrontamiento, o bien por no llevar*

a cabo estrategias ya conocidas, que conllevaría a un estado disfuncional de tipo emocional y conductual”.

A partir de esta definición podemos señalar que: existen diferencias individuales a la hora de percibir el estrés; un mismo individuo en diferentes ocasiones y ante el mismo estresor puede sentirse afectado por él o no; los recursos de afrontamiento pueden ser aprendidos y por supuesto “olvidados” o arrinconados; el individuo puede o no, poner en práctica todos sus recursos; y por último, la afectación de esos estresores puede ser crónica o aguda. Determinamos como novedad incluir la variable estrés agudo, dado que a pesar de la cronicidad aparente del síndrome, éste puede “activarse” también tras un estresor agudo importante, como por ejemplo, cambios de servicio o de ambiente de trabajo en profesionales asistenciales, contacto demasiado próximo a la muerte o al sufrimiento humano, etc., lo que conllevaría al desarrollo del síndrome de una forma más rápida, o al menos de alguna de las dimensiones que lo componen.

Para concluir, hemos de decir que aunque algunos autores han señalado la falta de consenso a la hora de dar una definición de burnout, el hecho de que el Maslach Burnout Inventory, planteamiento empírico que justifica la definición de Maslach y Jackson (1981), haya sido utilizado de forma casi unánime por los distintos autores para la realización de sus investigaciones, nos hace pensar que sí existe cierto consenso en afirmar que la conceptualización más aceptada de burnout es la que ofrecen estas autoras.

1.4 Resultados y consecuencias del burnout

Peiró (1999) denomina resultados a aquellas reacciones fisiológicas, comportamientos y cambios en los estados psicológicos, del mismo modo denomina consecuencias a las alteraciones más o menos permanentes sobre la salud de las personas.

Revisaremos, en este apartado, aquellos resultados y consecuencias que han sido detallados por diversos autores: Pines y Maslach (1978); Maslach y Jackson (1981); Quattrochi-Tubin, Jones y Breedlove (1982); Kahill (1988); Firth y Britton (1989); Shirom (1989); Melamed, Kushnir y Shirom (1992); Nowack y Pentkoswki (1994); Maslach, Jackson y Leiter (1996); O'Brien (1998); Moreno y Peñacoba (1999); Moreno et al. (2001) y Parkes (2001).

Síntomas emocionales: Depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos.

Síntomas cognitivos: Pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción, cinismo, criticismo generalizado.

Síntomas conductuales: Evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, auto-sabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptativas, desorganización, sobre-implicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

Síntomas sociales: Aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, formación de grupos críticos, evitación profesional.

Síntomas psicósomáticos: Cefaleas, dolores osteomusculares, especialmente dorsales, quejas psicósomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, etc.).

1.5 Modelos teóricos interpretativos del burnout

Son numerosos los modelos que intentan teorizar sobre la base conceptual del burnout, intentando definir las variables que influyen en la aparición de este síndrome y en su mantenimiento. Analizaremos los modelos teóricos del estrés laboral, los modelos basados en enfoques salutogénicos, los modelos basados en

la teoría socio-cognitiva del yo, los modelos teóricos del intercambio social, los modelos derivados de la teoría organizacional y la evolución de las dimensiones del constructo burnout según diferentes modelos. Finalizaremos mencionando un modelo derivado de las teorías del estrés, que nos parece especialmente importante para determinar los efectos causales del desarrollo del síndrome de burnout, el modelo transaccional del estrés.

1.5.1 Modelos teóricos del estrés laboral

Los modelos teóricos del estrés laboral consideran que muchas experiencias en el trabajo diario son vividas como estresores y están acompañadas por las consiguientes reacciones crónicas de distrés que aumentan de manera efectiva el riesgo de enfermedad. Incluimos en este apartado el modelo demanda-control (Karasek y Theorell, 1990), el modelo de crisis de gratificación en el trabajo (Siegrist, 1996) y el modelo de la Escuela de Michigan (French y Khan, 1962).

La idea básica del modelo demanda-control es que la demanda o exigencia en el trabajo resulta de la combinación de dos dimensiones definidas del contenido laboral: a) la dimensión de la cantidad y el tipo de la demanda, y b) la dimensión del control sobre las tareas que se realizan en el marco de la división del trabajo. Esta concepción bidimensional fue ampliada en una tercera, la dimensión del apoyo social en el puesto de trabajo. A partir de aquí, se entiende que un significativo nivel de estrés fisiológico ocurre en puestos de trabajo que presentan

tanto una demanda cuantitativa elevada, un margen de decisión limitado y una escasez de apoyo social en el trabajo. Siguiendo a Karasek (1992), el modelo demanda-control no representa sólo un concepto analítico de identificación de un alto nivel de estrés laboral en determinados puestos de trabajo, sino que ayuda también a la orientación de los servicios empresariales de fomento de la salud para la optimización de las medidas organizativas del trabajo.

Por otra parte, el modelo de crisis de gratificación en el trabajo (Effort-Reward Imbalance model, ERI) surge de la relación de intercambio de la función laboral en el proceso de reciprocidad social: a un esfuerzo dado se conceden gratificaciones. Estas gratificaciones toman la forma de tres elementos socialmente aceptados: a) salario o ingresos, b) estima y valoración en el trabajo, y c) promoción laboral y seguridad en el empleo. Según este modelo, se espera identificar las reacciones estresantes más agudas en el trabajo, es decir, las situaciones que se caracterizan por un alto “coste/esfuerzo” y un bajo “beneficio/recompensa”. Quien carece de alternativas laborales o quien, por razones estratégicas, mantiene una situación laboral desfavorable durante un determinado período, está expuesto a elevados niveles de estrés laboral, que afecta especialmente a personas con una determinada disposición al desgaste o agotamiento en el trabajo. Según Siegrist (1996), en este modelo se combinan la información contextual o descriptiva de la estructura de la recompensa y de las características del trabajo con información subjetiva y evaluativa de los rasgos y estados individuales de superación del estrés, los llamados coping o recursos de

afrontamiento. Contrariamente al modelo demanda-control, la predicción de los efectos sobre la salud en el modelo de crisis de gratificación depende de la combinación de efectos contextuales y subjetivos.

Dentro del amplio proyecto de investigación desarrollado desde el Instituto para la investigación social de la Universidad de Michigan (French y Khan, 1962), se publicó un influyente libro sobre estrés organizacional, escrito por Khan, Wolfe, Quinn, Snoeck y Rosenthal en 1964, que puso de manifiesto de que modo los tipos de problemas relacionados con el rol de los empleados podían conducir al estrés. Los conceptos que fueron introducidos en este libro, particularmente la ambigüedad y los diferentes tipos de conflictos de rol, han tenido una profunda influencia en la investigación sobre estrés ocupacional. La investigación desarrollada en este período estaba particularmente interesada por los potenciales factores de riesgo para la experiencia de estrés, tales como la alta presión en el trabajo, el conflicto y la ambigüedad de rol entre otros.

1.5.2 Modelos basados en enfoques salutogénicos de salud

Los modelos basados en enfoques salutogénicos de salud proponen considerar la salud como una variable dinámica entre los polos de la enfermedad y el bienestar de la persona (Ballester, 1998). La ubicación de la persona a lo largo del continuo sería dinámica, en continua modificación, dependiendo su ubicación

tanto de las variables orgánicas como de las variables contextuales y personales.

En general, los modelos salutogénicos han enfatizado la relevancia de las variables personales del sujeto, especialmente las variables activas y positivas que identifican un estilo de conducta ante los factores de estrés.

Dentro de este grupo los modelos más conocidos son el modelo de personalidad resistente (hardy personality o hardiness) de Kobasa (1979, 1982) y el modelo de sentido de la coherencia de Antonovsky (1979).

Según Peñacoba y Moreno (1998), el modelo propuesto por Kobasa (1982) se enmarca dentro de un esfuerzo para elaborar una psicología social del estrés y la salud, inexistente hasta el momento. Predecesores de este modelo serían las propuestas situacionales de personalidad de Mischel (1968) y según Maddi (1988) los modelos existenciales que enfatizan los aspectos de desarrollo activo mediante el compromiso y la acción.

A partir de estas referencias Kobasa (1979) elabora un modelo de personalidad que denomina “hardy personality” o “hardiness”, que está definido por tres dimensiones: a) compromiso, que se caracteriza por la tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida e identificarse con el significado de los propios trabajos, b) reto o desafío, cualidad que permite a los individuos

percibir el cambio como una oportunidad para aumentar sus propias competencias y no como una situación de amenaza, y c) control, que es la disposición a pensar y actuar con la convicción de que se puede intervenir en el curso de los acontecimientos.

El modelo de sentido de la coherencia propuesto por Antonovsky (1979) se basa en el mismo concepto de salud, que es elaborado como un continuo entre la enfermedad y la salud, y en el énfasis en los aspectos activos de la conducta, y en general de la persona, que conducen al desarrollo de la salud. Lo importante no es tanto conocer lo que lleva al sujeto a la enfermedad sino lo que le conduce a la salud.

La clave del pensamiento de Antonovsky puede que radique en su concepto de “Recursos de Resistencia Generalizados” (RRG) que serían el apoyo social, la formación, los medios económicos, las instituciones, la familia, las creencias, etc. RRG son todos aquellos medios que posibilitan una conducta activa que conduce al sujeto al desarrollo de planes de acción adaptativos y positivos. El sentido de la coherencia (Antonovsky, 1979) sería el componente personal que facilita el uso de los RRG que pueda tener a su alcance.

La formulación de este modelo se hace como un constructo multidimensional compuesto por las variables: a) comprensibilidad, componente cognitivo, que es la propensión del sujeto a considerar la realidad, natural e interpersonal, como

estable, ordenada, consistente y predecible, b) manejabilidad, componente instrumental, que es la actitud que adopta la persona ante los acontecimientos y su desarrollo considerando que tiene alternativas y recursos que le permiten manejarlo, y c) significatividad, componente motivacional, que alude al deseo y voluntad de la persona, a las emociones, a los valores sustentados ante un suceso, una demanda, una dificultad o, en general, un factor de estrés que puede ir desde la sobrecarga al dolor y la muerte. Para Antonosky (1987) este último sería el componente determinante de la globalidad del constructo.

El sentido de la coherencia tendría tres componentes: comprensión, gestión y significado. Está demostrado que si un trabajador comprende a qué se ha visto o va a verse expuesto, y por qué; si puede hacer algo en cuanto a la exposición, y si le encuentra un significado a la situación, el resultado será distinto: patógeno o salutógeno.

1.5.3 Modelos basados en la teoría sociocognitiva del yo

Los modelos basados en la teoría sociocognitiva del yo consideran que: a) las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás, y b) la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades que

determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción.

Dentro de este grupo se encuentran el modelo de competencia social de Harrison (1983) y el modelo de Cherniss (1993) en los que la autoeficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome; a este grupo también pertenece el modelo de Thompson, Page y Cooper (1993) en el que es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo la variable que determina el desarrollo del síndrome.

1.5.4 Modelos basados en las teorías del intercambio social

Los modelos basados en las teorías del intercambio social consideran principalmente los principios de la teoría de la equidad (modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli, 1993) o de la teoría de la conservación de recursos (modelo de Hobfoll y Freedy, 1993).

Proponen que el síndrome de burnout tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Si de manera continuada los sujetos perciben que

aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo.

1.5.5 Modelos basados en la teoría organizacional

Los modelos basados en la teoría organizacional incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional.

Según Gil-Monte y Peiró (1999) son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Todos ellos incluyen el síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo como una respuesta al estrés laboral.

Pertenecerían a este grupo el modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) que destaca las disfunciones de los procesos de rol, y de manera especial la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del síndrome; el modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993), destaca la importancia de la salud de la organización y el modelo de Winnubst (1993) enfatiza la importancia

de la estructura, la cultura y el clima organizacional, en relación con el modelo de Mintzberg (1979) que hace especial mención a la cultura empresarial.

1.5.6 Modelo transaccional del estrés

Dentro de este apartado haremos mención a un modelo derivado de la conceptualización transaccional del estrés (Lazarus 1985, 1993, 1999) que pudiera explicar los motivos por los cuales, los individuos a pesar de tener los mismos estresores, laborales en el caso que nos ocupa, responden a ellos de manera diferente, pudiendo en ocasiones derivar en el síndrome de burnout.

El *modelo transaccional del estrés* centra su atención en los procesos cognitivos, evaluativos y motivacionales que intervienen entre el estresor y la reacción del individuo. Podemos observar la similitud de este modelo con los RRG de Antonovsky (1979). El núcleo de esta aproximación transaccional es que el estímulo potencialmente estresante puede llevar a respuestas emocionales diferentes, en función de las evaluaciones cognitivas realizadas por el individuo acerca de la situación y sus recursos.

Una ventaja importante de esta aproximación es que pone de manifiesto los procesos psicológicos que median los efectos de los estresores sobre el bienestar. Un término interesante dentro de este campo es el de equilibrio, de esta manera

Cox y McKay (1981) indican que el estrés es visto como una transacción entre las demandas y limitaciones externas, apoyos, recursos internos y valores, en la cual el individuo se esfuerza para mantener la balanza en equilibrio.

Lazarus y Folkman (1984) señalan que el estrés sólo se caracteriza adecuadamente si se toma en consideración tanto la situación ambiental, como la particular relación en la que se encuentra el individuo respecto de esa situación a lo largo del tiempo.

Una definición destacable dentro de esta aproximación es la de Caplan, Cobb, French, Harrison, y Pinneau (1976) quienes definen el estrés como:

“cualquier característica del ambiente laboral que suponga una amenaza para el individuo, ya sean demandas excesivas o recursos insuficientes para cubrir sus necesidades. El estrés también se refiere a un desajuste entre la persona y su ambiente (pág.3)”.

Por su parte, McGrath (1976) conceptualizó el estrés como el resultado de que las demandas ambientales excedan las capacidades y recursos de la persona, bajo condiciones en las que las consecuencias de cumplir, o no cumplir, las demandas pueden producir una diferencia sustancial en recompensas o costes.

Actualmente esta perspectiva transaccional es la concepción más extendida del estrés, focalizada en los procesos cognitivos, evaluativos y mediacionales que intervienen entre el estresor y la reacción de estrés.

Una vez expuesto este modelo podríamos señalar que ya que un mismo estímulo estresante puede derivar en respuestas emocionales diferentes en diversos individuos, dependiendo de su valoración cognitiva de la situación y de sus recursos, podríamos dirigir la mayor parte de los esfuerzos preventivos a potenciar los recursos de los trabajadores, para de este modo disminuir o paliar la incidencia del síndrome de burnout, independientemente de que se pudiera actuar en cambios organizacionales.

1.6 Evolución de las dimensiones del síndrome de burnout

Otro aspecto en el que no se ponen de acuerdo los diferentes autores es con respecto a como se desarrolla el síndrome de burnout, es decir, cual de las dimensiones da lugar a la aparición de las otras, así como cuales son las relaciones existentes entre ellas. En este punto señalaremos las propuestas de los modelos teóricos más significativos.

En el modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) primero se desarrollaría la despersonalización, luego la baja realización personal y por último el agotamiento emocional.

Para Leiter y Maslach (1988), el agotamiento emocional es el elemento central del síndrome, del que se derivarán la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo.

En el modelo modificado de Leiter (1993), la baja realización en el trabajo es considerada como una variable no relacionada causalmente con el agotamiento emocional ni con la despersonalización; el agotamiento emocional como producto de la respuesta continuada a estresores, estrés prolongado o crónico, desarrolla las actitudes de despersonalización en la persona.

El modelo de Lee y Ashforth (1993a) presenta la despersonalización y la baja realización personal como efectos contingentes al agotamiento emocional; la despersonalización y la baja realización personal constituyen los componentes actitudinales del síndrome.

El modelo diseñado por Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, (1995) resalta el desarrollo de sentimientos de baja realización personal en el trabajo y, paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de

despersonalización son subsecuentes y se interpretan como una estrategia de afrontamiento.

Desde nuestro punto de vista, creemos que partiendo de una baja realización personal en el trabajo se puede llegar al cansancio emocional y/o a la despersonalización, y del mismo modo a partir del cansancio emocional podemos llegar a sufrir una baja realización personal y una despersonalización. Es decir, podrían definirse por separadas cada una de las dimensiones como variables causales de las otras dos dimensiones.

1.7 Variables y estresores laborales predictoras del burnout

En este punto procederemos a enumerar todas aquellas variables que han sido identificadas como predictoras del burnout por diversos autores y determinaremos los estresores laborales relacionados con las diferentes variables. Las variables vendrán clasificadas en seis apartados que serían por un lado las variables personales diferenciadas en dos grupos, variables afectivo-cognitivas-emocionales y variables biológico-demográficas; seguidamente se comentan las variables del contexto ambiental a nivel general; para finalizar con las variables diferidas de los sistemas de organización laboral, que diferenciaremos en tres grupos, variables organizacionales, variables derivadas del contexto laboral y variables estructurales.

1.7.1 Variables personales afectivo-cognitivas-emocionales

Indefensión aprendida: Ensiedel y Tully (1981) plantean el paradigma de la indefensión aprendida para explicar el burnout, relacionándolo principalmente con el nulo control sobre la situación o evento aversivo, entendiendo por tal la enfermedad y su manejo.

Personalidad resistente: Este patrón de personalidad se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia las tareas a realizar en cualquier ámbito de la vida o compromiso hacia sí mismo, por una tendencia a valorar los cambios de la vida con una actitud de desafío en lugar del sentimiento de verse amenazado y por una percepción de control del ambiente (Kobasa, 1982). Según Rich y Rich (1987) las personas con este tipo de personalidad previenen o reducen la incidencia del burnout.

Demandas emocionales: Garden (1989) comenta que tales demandas son un antecedente objetivo del burnout, entendiendo que a mayores demandas mayor probabilidad de padecer el síndrome. Un aspecto fundamental es el hecho de que el individuo perciba que se le hacen abrumadoras dichas demandas emocionales (Peinado y Garcés, 1998). Esta indicación sobre la percepción individual de las demandas emocionales nos parece especialmente importante para reconocer el aspecto esencial de la afectación de este síndrome por características individuales

psicológicas de las personas, con el fin de orientar el tratamiento o la prevención a recursos personales antes que organizacionales.

Estrategias de afrontamiento inadecuadas: Es evidente el hecho de que no emplear o poseer recursos personales o estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a las diversas situaciones supone un aumento de la posibilidad de padecer burnout. Diversos autores señalan la importancia que presenta esta variable (Etzion y Pines, 1986; Greenglass, Burke y Ondrack, 1990; Seidman y Zager, 1991). Según Leiter (1991a) las estrategias de escape aumentan la probabilidad de sufrir burnout, mientras que las estrategias de control la disminuyen. Por otra parte, Kushnir y Melamed (1992) manifiestan que la disminución de los recursos de afrontamiento es una característica clara de los individuos que padecen el síndrome.

Auto-eficacia: Según Leiter (1992) la existencia de crisis de autoeficacia incrementa la probabilidad de sufrir burnout. Es la propia percepción de eficacia en las tareas a realizar, especialmente en aquellas en las que "ponemos a juego" nuestra valía personal, una variable relevante en este contexto.

Patrón de conducta tipo A: Este patrón es característico de individuos con altos componentes de competitividad, agresividad, esfuerzo por conseguir el éxito, prisas, impaciencia, inquietud, exceso de responsabilidad, etc. Según Nagy y Davis (1985) este patrón predispone al burnout. Si bien, en determinados

contextos, la presencia de este patrón de conducta puede favorecer un rendimiento laboral más alto con resultados favorables a corto plazo para la persona y la organización, a largo plazo puede provocar deterioros importantes en la salud de las personas y considerables déficit en su rendimiento (Cooper, 1988; Parkes, 1998; Buceta y Bueno, 2001).

Neuroticismo/ansiedad-rasgo: Las personas que tienen una valoración sesgada de las situaciones potencialmente estresantes, con clara tendencia a percibir las del modo más amenazante posible y a infravalorar sus recursos de afrontamiento, serán más vulnerables al estrés. Cebrià, Segura, Corbella, Sos, Comas, García et al. (2001), en un estudio sobre rasgos de personalidad y burnout, encontraron asociación positiva entre ansiedad e inestabilidad emocional y elevados niveles de cansancio emocional y despersonalización.

Baja tolerancia a la ambigüedad: La tendencia a valorar las situaciones ambiguas como amenazantes también aumenta la vulnerabilidad al estrés. Sin embargo, es preciso tener en cuenta el ajuste entre el individuo y la situación. Así, las personas con baja tolerancia a la ambigüedad funcionarán bien en ambientes laborales muy estructurados en los que las normas están perfectamente claras (Peiró y Salvador, 1993).

Locus de control: Según Lazarus y Folkman (1986), el locus de control interno hace referencia a la creencia de que los acontecimientos son contingentes

con la conducta del individuo, y el locus de control externo a que los acontecimientos no dependen de la conducta del individuo, sino de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás. Estas creencias suelen ser relativamente estables. Las personas con locus de control interno, al percibir que tienen control sobre las situaciones, tienen expectativas de afrontamiento más favorables y se enfrentan a los problemas realizando acciones que contrarrestan los efectos de las situaciones adversas. Las personas con locus de control externo son más propensas al desamparo, la vulnerabilidad y la insatisfacción laboral. No obstante en actividades de carácter repetitivo, o donde es poco probable que se pueda ejercer algún control, las personas con locus de control externo mostrarán menos síntomas de malestar (Parkes, 1998).

Auto-concepto vs. Autoestima: Diversos autores como Sarros y Friesen (1987) y Friedman y Farber (1992) señalan que un autoconcepto negativo de uno mismo predispone al burnout.

Expectativas personales: Las expectativas ante los sucesos vitales que no se cumplan aumentan el riesgo de padecer burnout (Cordes y Dougherty, 1993).

Interés social: Definida esta característica como el interés activo en fomentar el bienestar humano (Ansbacher y Ansbacher, 1956), los autores Smith, Watstein y Wuehler (1986) señalan que conforme decrece el interés social en la persona aumenta la probabilidad de padecer burnout.

1.7.2 Variables personales biológico-demográficas

Sexo: Maslach y Jackson (1985) han comprobado que las mujeres son más propensas que los hombres a las dimensiones de agotamiento emocional y reducida realización personal, mientras que los hombres lo son en la dimensión de despersonalización. La variable sexo está ligada a una serie de características relacionadas con el trabajo que predisponen especialmente a la mujer a padecer el síndrome de burnout por presentar un mayor conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia-trabajo, entre otras (Pines y Kafry, 1981; Etzion y Pines, 1986; Greenglass, y Burke, 1988). Para Parkes (1998) la experiencia de estrés en los trabajadores parece más ligada a los roles sexuales que a diferencias puramente biológicas. Rout (2001) destaca como ejemplo, el creciente estrés de las mujeres que se han incorporado al mundo laboral, manteniendo toda la responsabilidad respecto a sus familias y tareas domésticas.

Edad: En general, se ha observado que en los trabajadores de más edad hay una serie de circunstancias que producen sobrecarga y estrés: el trabajo con presión en el tiempo, el uso de nuevas tecnologías, las tareas que exigen un alto nivel de vigilancia, el trabajo por turnos y nocturno, etc.; sin embargo estos mismos individuos tienen un mejor conocimiento de sus propios recursos y una mayor experiencia ante una gran variedad de situaciones, lo que puede proporcionar una mayor capacidad de respuesta para afrontar situaciones difíciles

y compensar, en muchos casos, la disminución de su capacidad de trabajo (Hadziolova, 1988).

1.7.3 Variables del contexto ambiental

Apoyo social: Smith, Birch y Marchant (1984) mantienen que las relaciones familiares y/o de pareja positivas confieren a la persona cierta inmunidad a padecer el síndrome. Un numeroso grupo de estudios han mostrado que la falta de apoyo social por parte de los propios compañeros de trabajo correlaciona con la aparición del burnout (Burke, Shearer y Deszca 1984; Ross, Altmaier y Russel, 1989). Firth, McIntee, McKeown y Britton (1987) indican que la falta de empatía por parte de aquellas personas que pudieran ofrecer apoyo sería una variable predictora del burnout. Freedy y Hobfoll (1994) señalan que a menor apoyo social existen más posibilidades de padecer burnout.

Comunicación: Sarros y Friesen (1987) plantean que cuando los flujos comunicativos se deterioran más en el ambiente social del individuo, la aparición del burnout aumenta.

Satisfacción vital: Esta variable describe la sensación de felicidad y agrado que el individuo presenta con su estilo de vida y las interacciones que se producen como consecuencia de él. Lee y Ashfort (1993a,b) indican que a menor

satisfacción vital más burnout, en concreto mayor nivel de agotamiento emocional.

Exigencias vitales: Golembiewski y Munzenrider (1988) señalan que las demandas intensas y los requerimientos de un compromiso completo en los diversos aspectos de la vida (matrimonio, familia, amistades, etc.) pueden causar burnout.

Recursos de afrontamiento familiares: Leiter (1990) plantea que cuando la familia facilita la puesta en marcha de diversos recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar a burnout, la persona presenta menor vulnerabilidad a su padecimiento y por otra parte, el hecho de que ocurran problemas familiares que estén distorsionando el funcionamiento normal de la dinámica del hogar, predispone a sufrir burnout.

1.7.4 Variables organizacionales

Sobrecarga de trabajo: Según Leiter (1991a) señala que la carga de trabajo, el nivel de demanda experimentado, se asocia especialmente con el cansancio emocional, mientras que estaría menos vinculada a las conductas de despersonalización y a los sentimientos de disminución en la realización personal. Burke y Richardsen (1996) consideran que las puntuaciones de burnout son

siempre altas en los contextos laborales caracterizados por la sobrecarga de trabajo.

Conflicto y ambigüedad de rol: Estas variables han sido frecuentemente identificadas como factores asociados a la aparición del burnout (Schwab, Jackson y Schuler, 1986). Los estudios efectuados han encontrado que la presencia de altos niveles de conflicto se asocia al cansancio emocional y al desarrollo de conductas de despersonalización y, en general, de actitudes negativas hacia los clientes, aunque no en una disminución de la realización personal (Friesen y Sarros, 1986; Schwab et al., 1986).

Casas, Repullo y Lorenzo (2002) exponen en su artículo la denominación de *estrés de rol* a la suma de estas dos variables más la sobrecarga de rol; la ambigüedad como aquello que el trabajador no sabe que se le está exigiendo, el conflicto cuando las exigencias son contradictorias o incompatibles entre sí y la sobrecarga cuando la presión laboral se produce en exceso. Según un estudio realizado por Moreno, Garrosa y González (2000), esta última variable, el estrés de rol, ha sido la de mayor poder explicativo del burnout y de cada una de sus dimensiones.

Falta de control o de autonomía en el trabajo: Esta variable contribuye igualmente al desarrollo del burnout (Pines et al., 1981). Según Jackson (1983), la participación en la toma de decisiones contribuye significativamente a la

despersonalización, pero no a los otros componentes del burnout. Landsbergis (1988) ha encontrado que entre los profesionales de la salud, la latitud de decisión contribuye a los tres componentes del burnout. El modelo de Karasek (1979) predice que las tareas que combinan una alta demanda y una baja latitud de decisión se asocian más claramente a los procesos de burnout.

Cultura corporativa: Definida por Schein (1988) como el conjunto de significados compartidos, y siguiendo el modelo propuesto por Mintzberg (1979) existirían dos grandes tipos de culturas empresariales en función de la misma estructura empresarial: la burocracia mecánica caracterizada por una clara estandarización de los procesos y la burocracia profesional caracterizada por el protagonismo de los profesionales. Mientras en el primer tipo los factores de burnout residirían en la regulación estrecha de los procesos laborales, en el segundo residirían en la falta de definición de la propia competencia (Winnubst, 1993).

Incongruencia organizacional: Se refiere a la falta de eficacia en la obtención de los propios objetivos por parte de la institución o centro laboral. Cox, et al. (1993) han propuesto que la salud “healthiness” de la organización está relacionada con los niveles de burnout de sus empleados.

1.7.5 Variables del contexto laboral

Inadecuación profesional: Ayuso y López (1993) indican que la no adaptación al perfil profesional y la inadaptación personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que desempeña podrían ser unas de las posibles causas del burnout.

Adicción al trabajo: Esta acepción se aplica a aquellos individuos que presentan una absoluta dedicación al trabajo, por encima de otras actividades familiares o personales. Nagy y Davis (1985) describieron a estas personas como más propensas a padecer burnout.

Vivencia continua del sufrimiento y de la muerte: Es un importante y específico estresor del trabajo de enfermería (Más, Escribá y Cárdenas, 1999).

Carga mental del trabajo: Según Nogareda (NTP 179) redactora del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y haciendo referencia al método diseñado por el Laboratorio de Economía y Sociología del Trabajo, se evalúa la carga mental a partir de cuatro indicadores: a) apremio de tiempo, determinado en trabajos repetitivos por la necesidad de seguir una cadencia impuesta y en los trabajos no repetitivos por la necesidad de cumplir un cierto rendimiento, b) complejidad-rapidez, que sería el esfuerzo de memorización, o número de elecciones a efectuar, relacionado con la velocidad con que debe emitirse la respuesta, c) atención, que es el nivel de concentración requerido y continuidad de

este esfuerzo y d) minuciosidad, que se tiene en cuenta en trabajos de precisión como una forma especial de atención.

Todas estas características son representativas del personal sanitario, por lo que la carga mental es un estresor especialmente importante para estos trabajadores.

Ergonómicos: En ocasiones los trabajadores se encuentran con riesgos de tipo físico (ruido, iluminación, temperatura, radiaciones, etc.), químico (gases, vapores, etc.), biológicos (infecciones virales y bacterianas, etc.) y relacionados con la fatiga (riesgos posturales, cargas excesivas, etc.), así como disposiciones de espacio físico (ausencia de intimidad, hacinamiento) y de los elementos necesarios para desarrollar el trabajo (pantallas de ordenador, equipos e instrumentos inadecuados, deficiencias de mantenimiento), susceptibles de convertirse en fuentes de estrés (Bueno y Celma, 1999; Sebastián, 1995).

Trabajo por turnos y nocturno: Este tipo de trabajo influye en los ritmos neurofisiológicos y circadianos (temperatura corporal, índice metabólico y concentración de azúcar en sangre, eficiencia mental, etc.) pudiendo dar lugar a problemas de sueño y fatiga, siendo valorado por los profesionales como una importante fuente de estrés (Gracia, Peiró y Ramos, 1996; Blasco, Irlles y Huet, 1996).

Según hace referencia Daleva (1988), es frecuente que los trabajadores sometidos a este régimen se quejen de aislamiento social, puesto que es difícil mantener una vida familiar y social normal en estas circunstancias.

Uso de las nuevas tecnologías: la incorporación en el trabajo de tecnologías con las que el trabajador no está familiarizado, como la informatización, así como la introducción de nuevas formas de organización pueden producir estrés (Castilla, Ojeda, Checa, González y Puras, 2000; Blanco, 2000).

1.7.6 Variables estructurales

Cherniss (1980) expuso los principales generadores de burnout a nivel estructural, detallándolos en tres niveles: generales, propios del trabajo y dependientes de la dirección. Utilizaremos dicha clasificación para exponer las diferentes variables estructurales.

Variables estructurales generales: como la planificación o desarrollo de la carrera profesional en cuanto a los ascensos que pueden suponer un sobreesfuerzo físico y mental o ascensos insuficientes o inexistentes que propician la aparición de sentimientos de insatisfacción (Fernández, Villagrasa, Gamo, Vázquez, Cruz y Aguirre, 1995; Acámer, López, López-Torres, 1997), de fracaso y que pudieran estar relacionados con alteraciones fisiológicas y conductuales.

VARIABLES ESTRUCTURALES PROPIAS DEL TRABAJO: entre las que se incluyen los objetivos laborales, las características de la tarea, las condiciones físicas y sociales del ambiente de trabajo, el nivel de demanda laboral en cuanto a medios y recursos, la falta de preparación adecuada al trabajo específico a realizar, etc.

VARIABLES ESTRUCTURALES DEPENDIENTES DE LA DIRECCIÓN: tales como los estilos de gestión y dirección, las formas de supervisión y el apoyo adecuado o no por parte del supervisor son factores determinantes en el grado de satisfacción o de tensión en los empleados (Arizeta, Portillo y Ayestarán, 2001).

Diferentes investigaciones han encontrado que el burnout se asocia a determinados estilos directivos autoritarios (Dick, 1986), e igualmente Fong (1990) ha encontrado que el apoyo de supervisores y el apoyo social del grupo va unido a menores niveles de burnout.

Capítulo 2

Síndrome de Burnout y disfunciones emocionales

2.1 Introducción.....	55
2.2 Disfunciones emocionales.....	57
2.2.1 Ansiedad.....	59
2.2.2 Depresión.....	61
2.2.3 Diferencias entre ansiedad y depresión.....	63
2.2.4 Actitudes disfuncionales.....	66
2.3 Estrés en el trabajo y disfunciones emocionales.....	74
2.4 Burnout y depresión.....	84
2.5 Burnout y ansiedad.....	88
2.6 Apoyo social como factor reductor del burnout y de las disfunciones emocionales.....	91

Capítulo 2

Síndrome de Burnout y disfunciones emocionales

2.1 Introducción

Cherniss, en 1980, fue el primero en proponer que el burnout surge en un desarrollo continuo y constante, identificándolo como un proceso en el que las actitudes y conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral. Describe en detalle tres fases evolutivas. En la primera se produce un desequilibrio entre las demandas y los recursos, o sea, una situación de “estrés psicosocial”. En el segundo estadio se produce un estado de “tensión psicofisiológica”. En la tercera, de agotamiento, se producen una serie de cambios conductuales, tales como la tendencia a tratar a los clientes en forma distante y mecánica, y la retirada laboral, debido al uso de mecanismos de afrontamiento evitativos frente a las tareas estresantes.

Este cambio negativo de las actitudes y comportamientos de los profesionales sanitarios pudiera provocar una serie de trastornos emocionales, tales como ansiedad y/o depresión, así como una alteración en las cogniciones que conlleva a una disfunción negativa en la forma de pensar, e incluso de sentir.

De esta manera observamos la importancia que tiene el definir y conceptualizar la relación que pudiera existir entre burnout y estas alteraciones emocionales, ya que de este modo, estableceremos que las intervenciones dirigidas a reducir o mejorar cualquiera de esos procesos psicológicos disfuncionales pudieran tener repercusión en los otros.

En este capítulo, comenzaremos introduciendo el estudio de lo que llamaremos disfunciones emocionales, que serían aquellas alteraciones emocionales con un origen causal bien positivo o negativo, que provocan desagrado o malestar entre aquellos individuos que las padecen, estando incluidas entre otras, la ansiedad, la depresión y las actitudes psicológicas disfuncionales. Continuaremos identificando las relaciones entre el burnout con la depresión y la ansiedad, así como las relaciones existentes entre el estrés laboral y las disfunciones emocionales.

Trucco (2004) comenta que los trastornos psiquiátricos más frecuentemente observados en el ámbito laboral son: los trastornos afectivos, principalmente depresiones y trastornos por ansiedad, pero dado que se desconoce la etiología

precisa de la mayoría de las patologías mentales, es difícil asignar al trabajo un papel causal específico. De esta manera, nos adentraremos en las definiciones de estos dos procesos o estados.

La importancia de investigar estos trastornos emocionales en relación al burnout, sigue la línea de la predominancia de la orientación cognitivo-conductual entre los investigadores españoles, ya que los procesos cognitivos asociados a la ansiedad y la depresión constituyen sin duda los factores etiológicos que más interés han despertado dentro de la investigación en nuestro país, como queda reflejado en la revisión de Sanz (2002).

Finalizaremos el capítulo con una variable psicosocial asociada a la salud mental de los individuos, el apoyo social, que vendría a ser un factor reductor del burnout y de mejora de las disfunciones emocionales.

2.2 Disfunciones emocionales

Las emociones tiene un carácter universal y adaptativo, juegan un papel importante en el bienestar psicológico de los individuos, cumplen una función importante en la comunicación social, son importantes para el bienestar/malestar de los individuos, y están íntimamente relacionadas con diversos sistemas fisiológicos que forman parte del proceso que podríamos denominar "salud-

enfermedad". Por otro lado, las emociones influyen sobre la salud y la enfermedad a través de sus propiedades motivacionales, por su capacidad para modificar las conductas "saludables" (ejercicio físico moderado, dieta equilibrada, descanso, ocio, etc.) y "no saludables" (abuso de alcohol, tabaco, sedentarismo, etc.).

La experiencia emocional, lo que pensamos y sentimos durante una reacción emocional, se suele clasificar por el placer o desagrado que produce, por la intensidad que adquiera y por el grado de control o no que se tenga en esa situación (Schmidt-Atzert, 1985).

El término "emociones negativas" ha cobrado mucha fuerza en los últimos años y se refiere a las reacciones emocionales que se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable o negativa y alta activación fisiológica (Cano y Miguel 2000).

Nosotros preferimos utilizar el término de "disfunciones emocionales" ya que la experiencia afectiva o emocional puede provenir de un hecho causal positivo y resultar igualmente incómoda o desagradable, como el caso de una progresión en la carrera profesional, que pudiera llevar a altos niveles de ansiedad a pesar de ser experiencias positivas, e incluso esperadas. Es decir, experiencias positivas con resultado emocional negativo.

Hoy en día hay datos suficientes para afirmar que las emociones positivas potencian la salud, mientras que las emociones negativas tienden a disminuirla (Martínez-Sánchez y Fernández Castro, 1994; Fernández-Abascal y Palmero, 1999).

2.2.1 Ansiedad

La ansiedad puede ser considerada como una reacción natural que se produce ante ciertos tipos de situaciones en las que el individuo podría necesitar más recursos. Las situaciones en las que se desencadena la reacción de ansiedad tienen en común, por lo general, la previsión de posibles consecuencias negativas o amenazantes para el individuo. Esta reacción supone una puesta en marcha de diferentes recursos cognitivos (atención, percepción, memoria, pensamiento, lenguaje, etc.), fisiológicos (activación autonómica, motora, glandular, etc.) y conductuales (alerta, evitación, etc.) Tales recursos tendrían como objetivo el afrontamiento de las posibles consecuencias negativas, pudiendo paliar, reducir, o eliminar tales consecuencias.

Pero aun siendo la ansiedad una emoción natural, de carácter esencialmente adaptativo, que nos previene de situaciones que requieren que estemos alerta, en las que podemos necesitar más recursos cognitivos, conductuales, o fisiológicos, sin embargo, puede estar en la base de muchos procesos que pueden llevar a la

enfermedad. Cuando un individuo mantiene altos niveles de ansiedad, durante tiempos prolongados, su bienestar psicológico se ve seriamente perturbado; sus sistemas fisiológicos pueden verse alterados por un exceso de actividad; su sistema inmune puede verse incapaz de defenderle; sus procesos cognitivos pueden verse alterados, provocando una disminución del rendimiento; la evitación de situaciones que provocan reacciones intensas de activación y temor puede afectar a la vida personal, familiar, laboral, o social del individuo.

La ansiedad, entendida como respuesta emocional, es definida por Miguel-Tobal (1990) como:

“Una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes” (pág. 310).

La actividad cognitiva superior puede verse afectada por procesos emocionales, con los que mantiene una estrecha relación. Así, por ejemplo, el rendimiento laboral en situación de emergencia o de sobrecarga de rol mantenida,

puede verse deteriorado cuando el individuo se ve desbordado por su reacción de ansiedad. Pero el mero control cognitivo de la reacción de ansiedad, puede no ir acompañado de un estado suficiente de relajación fisiológica.

El control o represión de estados de ánimo negativos, como el de la ansiedad, que tiene como fin preservar a la conciencia de un malestar importante, puede estar relacionado con niveles elevados de activación fisiológica y cambios en el sistema inmune y, por tanto, en el proceso salud-enfermedad. Dicho de otra manera, algunos individuos tienden a no reconocer estados emocionales negativos, como estar nervioso, o enfadado. Estos intentos de librarse de eventos aversivos no siempre llegan a tener éxito, pues algunos sujetos que manifiestan estar tranquilos presentan una alta reactividad fisiológica y es probable que una disminución de sus defensas.

2.2.2 Depresión

La depresión es un trastorno conocido desde tiempos remotos, si bien se le ha denominado con diferentes términos tales como melancolía, tristeza, etc. Lo cierto, es que su existencia y especialmente el estado de ánimo deprimido han estado siempre unidos a la condición humana. Coloquialmente se utiliza este término como sinónimo de tristeza, pero en numerosas ocasiones esta tristeza se experimenta en situaciones cotidianas concretas, de carácter negativo, no referido

a un estado de ánimo anormal o patológico. Los sujetos depresivos describen su tristeza como una cualidad especial que resulta difícil explicar, de carácter impreciso por tanto. Debemos tener cuidado de no confundir la tristeza con la depresión.

El estado de ánimo puede entenderse como la tendencia básica del ser humano para aportar a los estados psíquicos un tono agradable o desagradable (Villagrán, 1996), o como el estado emocional subjetivo del individuo (Friedman y Thase, 1995). Evidentemente en la depresión, el estado de ánimo estaría asociado al polo desagradable, a la tendencia a la negatividad. La depresión, por tanto, debe entenderse como un trastorno del estado de ánimo, que se manifiesta mediante un conjunto de síntomas característicos. La mayoría de los autores comparten la idea de que la depresión es un trastorno del estado de ánimo o trastorno afectivo. El estado de ánimo deprimido, es una de las condiciones psicopatológicas más frecuentes de los seres humanos (Vázquez, 1990). La principal característica de estos trastornos, como su propio nombre indica, es la variación que la persona sufre en su estado de ánimo. La depresión se conoce principalmente como una bajada del estado de ánimo, pero estar desanimado no es bastante para afirmar que se está deprimido. Así pues, el estado de ánimo deprimido no debe ser el único criterio a tener en cuenta para diagnosticar depresión. Sentirse deprimido no es un síntoma suficiente para afirmar que se tiene una depresión. Para Vázquez (1990) "esta distinción es muy importante porque la depresión-síntoma está presente en la mayor parte de los cuadros psicopatológicos" (pág. 902).

La tristeza forma parte de nuestra vida cotidiana. Asimismo, la aflicción es una reacción normal ante separaciones y pérdidas significativas. Ninguna de ellas es sinónima de depresión clínica, ni conducen a esta, salvo en el caso de las personas –más bien numerosas– con predisposición a los trastornos anímicos. Entre estos últimos se cuentan quienes han conocido el desamparo, por haberse visto expuestos tempranamente a la separación, a una dependencia simbiótica o a una falta de cariño combinada con hiperprotección. También, según Ottosson (1995), en algunas personas existiría cierta predisposición genética. Con todo, aun en ausencia de una depresión clínica confirmada, la tristeza y la aflicción, junto con sus manifestaciones psicofisiológicas o del comportamiento concomitante, conducen con frecuencia a la baja por enfermedad, a consultar al psicólogo y/o al médico y a diversos tipos de tratamientos. La tristeza y la aflicción se caracterizan por el sufrimiento y la disfunción de las personas que las padecen, de sus familias y de su entorno de trabajo (Levi, 1998).

2.2.3 Diferencias entre ansiedad y depresión

Los investigadores han enfatizado las deficiencias en los repertorios de habilidades sociales, la indefensión, el miedo al fracaso y a la evaluación negativa, como elementos centrales en la comprensión tanto de la ansiedad como de la depresión (Mandler, 1972; Spielberger, 1972; Clark y Arkowitz, 1975;

Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Lewinshon, Mischel, Chaplin y Barton, 1980).

Esta situación ha cambiado en los últimos años, y, principalmente desde posiciones cognitivo-conductuales, se han desarrollado varias teorías que pretenden explicar de forma integrada tanto la depresión como la ansiedad. Entre tales intentos destacan la teoría de la indefensión/desesperanza de Alloy, Kelly, Mineka, y Clements (1990), la teoría de la pérdida del objeto de apego de Bowlby (1969, 1973, 1980), el modelo de redes asociativas de las relaciones entre emoción y cognición de Bower (1981), la teoría de las autodiscrepancias de Higgins (1987) o la teoría de Williams, Watts, MacLeod y Mathews (1988), pero, sin lugar a dudas, la teoría más influyente y que ha servido de inspiración a buena parte de las demás es la teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Beck y Emery, 1985; Beck, 1987).

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a las situaciones y de una infravaloración de las propias capacidades de enfrentamiento. Por otro lado, tras un suceso que supone una pérdida o un fracaso, la retirada temporal de toda

involucración emocional o conductual, con la consiguiente conservación de energía, tiene un valor de supervivencia. Sin embargo, en las personas depresivas aparece un sesgo en el procesamiento de los sucesos que implican una pérdida o privación. Los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Esta tríada resulta en una retirada persistente del entorno, una persistencia que resta todo valor adaptativo a la conducta de retirada.

Ese procesamiento cognitivo distorsionado o sesgado que aparece en la ansiedad y en la depresión conduce a los síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan tales síndromes psicopatológicos.

Entre todas las posibles causas distales que pueden provocar ese procesamiento distorsionado o sesgado de información (por ej., ciertas enfermedades físicas, predisposiciones hereditarias, traumas evolutivos, etc.), la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión unipolar no endógena y en muchos trastornos de ansiedad, la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: (a) la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; (b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y (c) la ocurrencia de un estresor específico a los

anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide directamente sobre las actitudes disfuncionales del individuo.

2.2.4 Actitudes Disfuncionales

Como observamos en el párrafo anterior, las actitudes disfuncionales tendrían un papel preponderante en los trastornos depresivos y en muchos casos de ansiedad.

Beck usa el formalismo de los esquemas para explicar como las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información. Para Beck, "los esquemas son estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior" (Clark y Beck, 1988, pág. 382). Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno. Los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida. Este procesamiento de "arriba-abajo" de carácter simplificador sacrifica una eventual pérdida de información o una distorsión de la misma en aras de un principio de "economía cognitiva", por lo que, en el caso de esquemas disfuncionales, el resultado es un procesamiento distorsionado de la información y una posterior interpretación sesgada de la realidad.

Los esquemas responsables del procesamiento sesgado de la información en los individuos depresivos y ansiosos -los *esquemas disfuncionales depresogénicos y ansiógenos*- se diferencian de los esquemas de los sujetos normales tanto en su estructura como en el contenido de la información que almacenan. En cuanto al contenido, los esquemas disfuncionales contienen reglas, creencias tácitas o actitudes estables del individuo acerca de sí mismos y del mundo, que son de carácter disfuncional y poco realistas, y a menudo están conectadas con recuerdos relevantes al desarrollo y formación de tales creencias.

En los trastornos de ansiedad las reglas son generalmente condicionales: "Si ocurre un suceso específico, puede tener resultados adversos". Así, cuando los sucesos ocurren, cabe la posibilidad todavía de que tengan un resultado inocuo. Por el contrario, las reglas en la depresión, aunque encuadradas en un formato condicional, son absolutas ya que presuponen la fatalidad del resultado, por ejemplo, "si fracaso en parte significa que siempre será un desastre" (Beck y Emery, 1985).

En cuanto a la estructura, los esquemas disfuncionales en los trastornos emocionales tienden a ser más rígidos, impermeables y concretos que los esquemas adaptativos y flexibles de los individuos normales. Los esquemas se organizan a un nivel más superior en torno a un tema común. En el caso de la ansiedad, la vulnerabilidad o el peligro sería el tema común, mientras que en el

caso de la depresión el tema sería la auto-constricción. El procesamiento sesgado de la información resulta de la activación de los esquemas relevantes al contenido común específico del trastorno y de la desactivación de los esquemas inconsistentes con él. En los trastornos de ansiedad, los esquemas activados pueden variar de una situación a otra, pero todos ellos tienen en común un contenido relacionado con un exagerado sentido de vulnerabilidad y, por tanto, están focalizados en el procesamiento de cualquier estímulo que indique un posible peligro o amenaza para el sujeto ignorando cualquier señal de seguridad, mientras que los esquemas que procesan de manera preferente este último tipo de información estarían relativamente inactivos. En la depresión, los esquemas que procesan información de carácter negativo están más activos que aquellos que se usan para procesar información positiva, ya que está operando un modo constrictivo por medio del cual el individuo se retira de los acontecimientos y conserva energía en respuesta a una negatividad que lo invade todo.

La activación de los esquemas relevantes a los modos depresivo o ansioso (los esquemas depresogénicos o ansiógenos) sería, pues, responsable del procesamiento distorsionado de la información que aparece en los trastornos depresivos y ansiosos. Para que tal activación tenga lugar es necesaria la aparición de un suceso estresante (por ej., un fracaso laboral) análogo a aquellos sucesos que proporcionaron la base para la formación original, durante el proceso de socialización, de los esquemas, es decir, para la formación de las

reglas y actitudes en ellos almacenadas (por ej., un fracaso académico). La teoría de Beck hipotetiza, pues, que los esquemas depresogénicos y ansiógenos son las diátesis cognitivas para la depresión y la ansiedad, respectivamente. Antes de su activación por experiencias específicas, la teoría propone que tales esquemas permanecen latentes, de modo que no influyen de manera directa en el estado de ánimo del sujeto o en sus procesos cognitivos ni tampoco, necesariamente, se encuentran fácilmente accesibles a la conciencia.

Evidentemente, el modelo no es estático ni se centra en experiencias pasadas. En este sentido, una de las características de los trastornos emocionales es la aparición de círculos viciosos resultantes de la reacción del medio y del propio sujeto a la manifestación por éste de síntomas psicopatológicos. Por ejemplo, ante una situación de hablar en público la aparición de síntomas ansiosos interfiere con los esfuerzos del individuo por enfrentarse a una situación que percibe como amenazante, lo que a su vez, por un lado, refuerza la noción de deficiencia del propio sujeto, con el consiguiente incremento en la manifestación de síntomas ansiosos, y, por otro lado, incrementa la posibilidad de una reacción negativa por parte de la audiencia y, por ende, el valor amenazante de la situación.

Por otro lado, Beck (1987) sugiere que el tipo de estresor que puede activar un esquema depresogénico o ansiógeno también viene determinado por diferencias individuales en la estructura de personalidad. En la teoría cognitiva,

los rasgos de personalidad se entienden como esquemas cognitivos de un orden jerárquico superior a los otros esquemas (Clark y Beck, 1988). La teoría cognitiva ha identificado dos dimensiones de personalidad como factores de vulnerabilidad o diátesis cognitiva a los trastornos emocionales: sociotropía y autonomía. Los esquemas sociotrópicos incluyen actitudes y creencias que implican una consideración muy elevada de las relaciones interpersonales y una alta dependencia social a la hora de juzgar la propia valía. Los esquemas autónomos incluyen actitudes que priman la independencia, la libertad de acción, la privacidad y la autodeterminación.

En consecuencia, habría sucesos estresantes específicos para cada tipo de esquema. Por ejemplo, las situaciones relevantes a la aceptabilidad social y a la atracción personal (rechazo social, separación matrimonial, etc.) activarían de forma específica los esquemas depresogénicos o ansiógenos de tipo sociotrópico, mientras que situaciones que restringen la autonomía o el logro de objetivos (por ej., no alcanzar una promoción laboral) serían apropiados para activar los esquemas depresogénicos o ansiógenos que forman parte de los esquemas autónomos.

Roth y Tucker (1986) sugieren que tanto la ansiedad como la depresión están asociadas con una atención autofocalizada excesiva. La atención autofocalizada hace alusión al proceso que consiste en dirigir la atención sobre cualquier aspecto de sí mismo (las propias sensaciones físicas, las propias

emociones y pensamientos, o las metas que uno se ha establecido) y ser consciente de la información autorreferente y generada internamente (ser consciente de sí mismo como objeto), en contraposición a dirigir la atención a los estímulos ambientales y tomar conciencia de la información del exterior obtenida a través de los receptores sensoriales. Para Roth y Tucker, la naturaleza de esa excesiva atención autofocalizada es bastante diferente en la ansiedad y la depresión. En la ansiedad, la atención autofocalizada refleja una motivación por focalizar la cognición y controlar la conducta internamente, y así activar conductas de afrontamiento ante las situaciones negativas. La atención autofocalizada permite a los individuos ansiosos restringir el rango de procesamiento de la información exterior para así poder seleccionar y ejecutar una secuencia motora apropiada. En la depresión, la atención auto-focalizada está relacionada con una retirada de toda estimulación exterior, con una reducción en la sensibilidad a la información externa. Roth y Tucker proponen que la atención excesivamente auto-focalizada en la depresión resulta de un fallo en los sistemas perceptuales en orientar el procesamiento a los acontecimientos externos novedosos, incluso cuando los acontecimientos negativos que la provocaron son ya más manejables.

Los esquemas depresogénicos y ansiógenos en la teoría de Beck contienen información o proposiciones cuyo contenido refleja reglas o creencias acerca de sí mismos y del mundo. La evaluación del contenido proposicional de esos esquemas no se puede hacer directamente, sino que hay que acudir a medidas

de autoinforme (o técnicas relacionadas) de las actitudes vitales de los sujetos, de su concepción general del mundo y de su concepto de sí mismos, aún cuando, en rigor, tales instrumentos miden productos cognitivos.

Los estudios que han utilizado medidas de autoinforme para comparar las actitudes vitales generales en la depresión y en la ansiedad se han centrado exclusivamente en el empleo de la "Dysfunctional Attitudes Scale" (Escala de Actitudes Disfuncionales, DAS, de Weissman, 1979). Las actitudes que mide la DAS son "disfuncionales" en el sentido de que establecen contingencias rígidas e inapropiadas para determinar la propia autovalía y, en consecuencia, es muy fácil que los acontecimientos de la vida diaria obstaculicen los intentos de las personas que poseen esas actitudes por cumplir las contingencias establecidas en ellas.

Tomando la puntuación total de la DAS como medida de las actitudes disfuncionales, los resultados de los estudios indican tanto que los pacientes depresivos (y probablemente en general los pacientes con un síndrome depresivo) muestran más actitudes disfuncionales que los pacientes con ansiedad (Blackburn, Jones, y Lewin 1986; Clark., Beck, y Brown 1989), como que ambos trastornos no se diferencian en cuanto a este constructo cognitivo (Hill, Oei y Hill, 1989; Clark, Beck y Stewart, 1990). Sin embargo, la utilización de medidas menos globales que la puntuación total en la DAS, que evalúan grupos específicos de actitudes disfuncionales temáticamente más

homogéneos, permite una mejor apreciación de las diferencias entre depresión y ansiedad, y la explicación de los resultados contradictorios. Así, parece que los sujetos depresivos, en comparación a los ansiosos, podrían sobre todo exhibir más actitudes excesivamente perfeccionistas acerca de sí mismo, más actitudes inapropiadas para determinar las vulnerabilidades o debilidades características de uno, y más actitudes de dependencia (Clark, Beck y Stewart, 1990).

Sanz (1993) indica que estos hallazgos son consistentes con la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck puesto que la DAS fue diseñada específicamente para evaluar las actitudes disfuncionales que supuestamente contienen los esquemas depresogénicos. En contraste, hasta ahora no se conoce ningún estudio que haya utilizado una medida diseñada específicamente para evaluar las actitudes disfuncionales que hipotéticamente contienen los esquemas ansiógenos (por ej., se podría utilizar la Escala de Actitudes Desadaptativas de la Ansiedad o "Anxiety Maladaptive Attitudes Scale"; Mothersill, 1987) para constatar si éstas están específicamente asociadas a la ansiedad, pero no a la depresión, como supondría la teoría de Beck.

Las actitudes disfuncionales se convierten así, en un elemento de vulnerabilidad cognitiva, y se diferencian de las adaptativas por ser rígidas, inapropiadas y excesivas. Así, en los individuos vulnerables a la depresión sus actitudes vitales son disfuncionales porque establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar su propia autovalía, que es muy fácil

que los acontecimientos de la vida diaria obstaculicen sus intentos por cumplir tales contingencias. Esta propuesta teórica se ve avalada por hallazgos clínicos que, por ejemplo, demuestran que los pacientes depresivos efectúan más afirmaciones relacionadas con temas de logro que los no deprimidos, y además tienen un lenguaje más absolutista, más exagerado (Andreasen y Pfohl, 1976).

Obviamente, como acertadamente han señalado algunos autores, uno de los mayores obstáculos conceptuales en la medida de las actitudes disfuncionales es que se trata, en teoría, de elementos latentes, de difícil aprehensión, y para cuya "captura" suele hacer falta la guía del clínico (Burns, 1990). Esto es, se trata de evaluar elementos cognitivos subyacentes y más abstractos.

2.3 Estrés en el trabajo y disfunciones emocionales

El estrés laboral conforma un conjunto de *mecanismos* potencialmente patógenos (causantes de enfermedad). Entre sus resultados pueden figurar la enfermedad somática, mental e incluso, la muerte ("karoshi", palabra japonesa que significa muerte por exceso de trabajo, siendo adoptado dicho término en todo el mundo, Drinkwater, 1992).

Estos mecanismos, además de provocar diferentes enfermedades somáticas, pueden ser concomitantes y estar íntimamente interrelacionados con niveles emocionales y cognitivos.

En la esfera emocional se pueden incluir reacciones de ansiedad y depresión, sentimientos de desesperanza y de desamparo. Cuando se ven expuestos a factores de estrés relacionados con el trabajo, muchos trabajadores reaccionan, en mayor o menor medida, de esta manera. Si es intensa la exposición a un estresor, si se repite con frecuencia o es de gran duración, y si el trabajador es vulnerable a tal exposición, sus reacciones emocionales se verán influidas. En consecuencia, la ansiedad o depresión temporal se hacen más profundas o duraderas, y pueden convertirse en patológicas. Además, semejante estado anímico puede hacer que aumente la propensión del trabajador a considerar que sus condiciones de trabajo son nocivas, y que sus reacciones a ellas son un indicador de enfermedad.

En la esfera cognitiva, la situación de estrés relacionado con el trabajo, puede conllevar en muchos trabajadores a que les resulte difícil concentrarse, sintetizar elementos, aprender, ser creativos o tomar decisiones. Una vez más, si esta situación se acentúa, tales reacciones pueden convertirse en una disfunción, directamente o a través de la propia interpretación cognitiva del entorno laboral y de las reacciones al mismo.

La relación salud mental y trabajo es una preocupación recurrente en el mundo laboral, sin que los intereses en el tema hayan podido converger ni cristalizar en una visión homogénea y ampliamente compartida. La noción de estrés laboral ha ganado terreno en investigaciones y en propuestas de intervención, como un concepto comprensible y operacional, aunque las visiones acerca de lo que constituye estrés tampoco han sido suficientemente consensuadas; pragmáticamente se opta por asimilar estrés a la interacción entre ambiente e individuo que sobrepasa el límite de ser un estímulo para la supervivencia, convirtiéndose en un riesgo para la salud. Vista la salud mental desde la óptica de la enfermedad, cabe en la actualidad preocuparse especialmente de la depresión, por su alto costo individual y social.

El estrés es un estado psicológico negativo, como resultado de experiencias positivas o negativas, que involucra aspectos cognitivos y emocionales; el individuo, ante una interacción con su ambiente que puede ser amenazante, realiza una valoración y le otorga significado a la interacción; el significado está presidido por dos preguntas implícitas o explícitas básicas: ¿tengo un problema?, ¿qué pienso hacer con él? Aparece estrés cuando la persona percibe que no puede afrontar adecuadamente el problema, cuando el afrontamiento moviliza importantes recursos de energía, cognitivos y emocionales, o cuando las dificultades que surgen en el proceso de afrontamiento causan preocupación y/o ansiedad.

Esta propuesta predice que si la persona no se da cuenta de la amenaza (“no tiene un problema”) o si, dándose cuenta, no le importa, no está en situación de estrés (Cox, Griffiths y Rial-González 2000). Al poner énfasis en la respuesta individual, promueve el estudio del estrés laboral con una perspectiva local: los factores de riesgo de estrés que son válidos para una realidad, pueden no ser aplicables en otra (Scottish Forum for Public Health Medicine 1997).

Es indudable que el trabajo es una parte esencial de la vida del ser humano, que influye en su salud y en su calidad de vida. Levi y Levi (2000), plantean que esta influencia puede ser positiva (“la sal de la vida”) o negativa (“un beso de la muerte”). El trabajo puede aportar objetivos y sentido a la vida. Puede dar estructura y contenido a la vida cotidiana. Puede ofrecer respeto, reconocimiento, soporte social y recompensa económica. El dinero, aun siendo importante, no cura ni previene el burnout, excepto cuando se lo considera la única medida de éxito personal. Un ambiente de trabajo saludable y “salutogénico” sería aquel en que las demandas laborales son óptimas (y no máximas), cuando los trabajadores cuentan con un grado razonable de autonomía y cuando el “clima laboral” es amigable y acogedor. Por el contrario, cuando las condiciones son las opuestas y, sobre todo, si se mantienen crónicamente, las probabilidades de desencadenar o acelerar el curso de enfermedades pre-existentes son muy altas. Los mecanismos que pueden afectar a la salud son mediados por la respuesta al estrés en diversos niveles: respuesta emocional (ansiedad, depresión, hipocondría, alienación), reacciones a nivel cognitivo (disminución de la concentración y de la memoria, dificultad para

aprender cosas nuevas, ser creativo y tomar decisiones), adopción de ciertas conductas de riesgo para mitigar el estrés (alcohol, tabaco, drogas, comportamientos destructivos hacia sí mismo y hacia los demás, rechazo a buscar o aceptar tratamiento) y respuestas fisiológicas (alteraciones inmuno-endocrinológicas), tales como activación simpática persistente (preparación a la lucha o huida) y/o disfunciones del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal.

De forma parecida, Martínez (2001), indica que el estrés puede producir enfermedad a través de dos vías: estados afectivos negativos (ansiedad, depresión), consecuencia del estrés mismo, que actúan mediante procesos biológicos hormonales o conductas de riesgo, y mediante respuestas de coping o afrontamiento que pueden llevar a conductas de riesgo (como fumar, ingerir alcohol) y a respuestas biológicas hormonales. De otra parte, el estrés puede convertirse en generador de conductas de enfermedad por el aumento de activación que origina, a través de la interpretación que la persona con estrés hace de sensaciones que no tienen nada que ver con los síntomas. Finalmente, el estrés podría conducir a la persona a diversos comportamientos en relación con el proceso de enfermedad, tales como consultas médicas repetidas.

El estrés es inevitable. Lo que es evitable es la situación de estrés prolongado, recurrente o intenso.

A veces, nuestro organismo tiene que “pisar el acelerador” o “revolucionar el motor” para alcanzar un funcionamiento óptimo. La alta exigencia y un amplio margen de maniobra suponen un desafío. La prevención de este último rasgo no es necesaria, pues canaliza adecuadamente la energía que produce el estrés, y para la mayoría de las personas representa “la sal de la vida” (Comisión Europea, 1999). Sabido es que incluso el desafío puede ir demasiado lejos y traducirse por un desgaste mayor del organismo, pero este fenómeno puede ser tratado estableciendo y utilizando posibilidades ocasionales o regulares de distensión, que van de la siesta reparadora a los permisos sabáticos.

Lo que es necesario prevenir en primera línea es el estrés creado por una estimulación insuficiente, excesiva o errónea, junto con la imposibilidad de controlar la situación y la falta de apoyo social, o la inadecuación entre el esfuerzo y la recompensa.

La OMS define la salud “no sólo como la ausencia de enfermedad o discapacidad, sino como un estado de absoluto bienestar físico, psíquico y social”. Es evidente que el calificativo “absoluto” es más visionario que práctico, pero, por lo demás, esta definición puede perfectamente constituir la base de la prevención del estrés relacionado con el trabajo y la promoción del bienestar y la productividad de los trabajadores.

El inicio del proceso de estrés se sitúa en los imperativos laborales y los estresores que desencadenan una reacción de estrés cuya intensidad, duración y frecuencia se ven influidas por una serie de moduladores individuales e interpersonales. Este proceso acarrea consecuencias, individuales y para la empresa, buenas o malas en términos de salud. El modelo posee un componente de diagnóstico, pero constituye también la base de estrategias de intervenciones individuales y colectivas.

El estrés “saludable” –que es más un desafío que una carga– se caracteriza por la salud, la productividad, la vitalidad y el bienestar tanto de las personas como de las empresas.

Por el contrario, sus consecuencias estresantes pueden ser psicológicas, fisiológicas o del comportamiento, y pueden conducir a un empeoramiento de la salud y la seguridad profesionales que afecte tanto a las personas como a las empresas.

Sin embargo, la sola presencia de estrés laboral no provoca burnout. Los profesionales pueden funcionar con altos niveles de estrés, si su trabajo les transmite una retroalimentación positiva. Se empieza entonces a diferenciar más claramente el estrés (que también puede producir síntomas somáticos y riesgos importantes para la salud) y el agotamiento emocional, característico del burnout (Godin, 2004). Quizás éste sea el motivo por el que se haya encontrado con mayor

frecuencia en médicos, enfermeras, trabajadores sociales, maestros y policías. Existe bastante evidencia que muestra en los médicos y profesionales de enfermería que, al quitarles autonomía, la alta demanda de tiempo, energía y responsabilidad por otros puede tornarse una carga intolerable.

Para diversos autores, Shirom y Melamed (2003) y Schwartzmann (2004), el agotamiento emocional es el elemento clave que define el cuadro diferido del síndrome de burnout. Sin olvidar que, los estudios meta-analíticos han mostrado que la Escala de Agotamiento Emocional del Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) es la subescala que mejor responde a la naturaleza e intensidad del estrés laboral (Lee y Ashforth 1996; Schaufeli y Enzmann 1998).

Tennant (2001), en una revisión sistematizada, explora la posible relación entre factores de estrés laboral y depresión, malestar psicológico y fatiga/burnout; concluye que a pesar de diferencias en los ambientes físicos de trabajo entre diversos grupos ocupacionales, las investigaciones tienden a coincidir en que algunas características del ambiente social (conflictos en las relaciones, bajo apoyo social) parecen predecir un estado de ánimo deprimido.

Por otra parte, la variable personalidad ha sido explorada en el estudio de Paterniti, Niedhammer, Lang y Consoli (2002), usando escalas validadas para detección de síntomas depresivos, factores psicosociales y características de personalidad, muestran que después de tres años de seguimiento hay una

asociación clara entre síntomas depresivos y bajo apoyo social y alta demanda del trabajo, con independencia de los rasgos de personalidad.

Buceta y Bueno (1995) resumen las variables personales que pueden afectar negativamente la valoración subjetiva de las situaciones estresantes y de los propios recursos para hacerles frente, incrementando la probabilidad del estrés y de sus efectos perjudiciales sobre la salud. De este modo, las variables que enumeran son: a) patrones de conducta y estilos de afrontamiento negativos y relativamente estables como personalidad tipo A, ausencia de patrón de conducta *dureza*, etc.; b) valores, creencias y actitudes rígidos, irracionales y disfuncionales; y c) ausencia de recursos de afrontamiento y ausencia de apropiados apoyos sociales.

Cooper y Paykel (1993), a partir de la revisión de la literatura, destacan como principales factores sociales en el comienzo y mantenimiento de los trastornos depresivos la existencia de eventos vitales significativos (generadores de estrés por sí solos) y la falta de apoyo social percibido; hacen la advertencia sobre su carácter inespecífico, ya que la investigación muestra que también actúan como factores en otras condiciones psiquiátricas.

Una vez más, aunque estos datos se tomen con reservas en lo que respecta a causalidad directa, los estudios sugieren que la intervención en el centro laboral debería ser efectiva en la prevención de la depresión entre el personal laboral.

El meta-análisis efectuado por Jane-Llopis, Hosman, Jenkins y Anderson (2003), sobre eficacia de los programas de prevención de la depresión, arroja algunas claves para orientar actividades efectivas en adultos en edad de trabajar, de modo que en población adulta se han demostrado más eficaces los programas que combinan diversos métodos de intervención y que contemplan más de ocho sesiones. Estos, además, funcionan mejor cuando hay apoyo especializado de profesionales de la salud.

Por último, Van der Kling, Blonk, Schene y Van Dijk (2001), por una parte, y Reynolds (2000), por otra, realizan meta-análisis de intervenciones orientadas al manejo del estrés en lugares de trabajo, concluyendo ambos que las intervenciones focalizadas en los individuos exhiben mejores resultados que las organizacionales; en el primero de ellos se plantea que las intervenciones individuales cognitivo-conductuales tienen mejor efecto que las de relajación.

Las conclusiones señaladas sorprenden en cierto modo a los propios autores, pues se esperaba un mejor rendimiento de las intervenciones organizacionales. El punto a considerar es que la comparabilidad de los resultados entre diversas acciones organizacionales se diluye por las diferencias en realidades locales que, como se señaló más arriba, constituyen un elemento central en un adecuado programa de manejo del estrés y de prevención del riesgo.

La conclusión más importante es que, a pesar de las discrepancias teóricas, existe consenso en que es posible asegurar una mejor calidad de vida y bienestar y al mismo tiempo obtener mejores resultados organizacionales, mediante programas bien diseñados para la promoción de la salud mental en el trabajo y de prevención del estrés en sus diversos niveles.

2.4 Burnout y depresión

Martin (1982) sugiere que *“el burnout refleja una respuesta al estrés y secundariamente a la depresión como síndrome específico”* (pág. 461), de manera que abría la reflexión sobre la íntima relación que puede existir entre burnout y depresión, lo que supone un nuevo problema conceptual puesto que ya no es sólo la similitud entre los constructos burnout y estrés, sino también con depresión.

Para Mingote (1998), burnout y depresión son fenómenos psicopatológicos psicobiológicos diferentes, aunque pueden asociarse en algunos casos.

El síndrome de burnout es un constructo psicosocial asociado a estrés crónico originado en el ámbito laboral, y que puede incluir síntomas depresivos, mientras que la depresión es un trastorno clínico complejo que afectaría todas las esferas de

la vida individual. No obstante, el burnout puede mediar en la producción de depresión clínica en las personas vulnerables.

La depresión es un trastorno clínico que incluye síntomas afectivos (tristeza irritabilidad), cognitivos (ideas de culpa, expectativas negativas), alteraciones fisiológicas (disminución del apetito, del sueño, del interés sexual) y cambios en el comportamiento (aislamiento relacional).

Desde el modelo psicosocial se vincula la depresión a patrones disfuncionales de reforzamiento social, con inadecuada interacción entre la persona y el medio, por déficit de habilidades sociales y de autorregulación cognitivo-afectiva.

Frente al estrés por acumulación de conflictos interpersonales no resueltos suele producirse una disociación defensiva y disfuncional, por una excesiva focalización en la tarea instrumental, en la docencia o en la investigación. Si no se produce aprendizaje y desarrollo personal, se producen vivencias de impotencia, de culpa y de fracaso personal, o bien se niega la importancia de implicación emocional propia. Esta negación psicológica puede manifestarse por un empobrecimiento de la capacidad de respuesta emocional, con aislamiento relacional y restricción afectiva.

El proceso de afrontamiento elaborador, de mentalización o de integración de la situación estresante requiere la realización de un cierto trabajo mental y de

tiempo, con reestablecimiento de la unidad vivencial y de la continuidad psicológica de la experiencia personal, si bien también puede producirse un fracaso de este intento elaborativo, con riesgo de cronificación de la respuesta de estrés o la sensibilización postraumática a nuevos estresores. Para prevenir estos riesgos destaca la importancia de reconocer, en vez de negar, la experiencia de los estresores propios de la función laboral. La negación impide la anticipación preventiva y la planificación organizacional, así como la preparación óptima individual para el desempeño de las demandas de la función. Tampoco conviene sobredimensionar la eficacia de la prevención del estrés, salvo cuando el estresor sea razonablemente esperable y no demasiado complejo.

A pesar de cierta afinidad, finalmente es de reseñar que existe cierto consenso en que ambos conceptos son diferentes.

El aspecto más crucial que permite discriminar el burnout de la depresión es que, en el primero, la sensación de impotencia está confinada al ámbito laboral, mientras que en la depresión se distribuye, cubriendo todos los aspectos de la vida del paciente. En este sentido, el profesional con burnout posee más rutas de “escape” que el depresivo. Sin embargo, en algunos casos, la situación de burnout es seguida de un cuadro depresivo. Cuando y por qué esto ocurre es aún una pregunta abierta a la investigación. Cuanto más grave el burnout, está cualitativamente más cerca de la depresión, aunque permanezca como síndrome independiente (Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis y Kaprinis, 2003). Sin embargo,

hay evidencia suficiente, de acuerdo a Glass y McKnight (1996), para mantener tanto la distinción entre ambos trastornos como la existencia de algunos rasgos en común. Las personas con burnout se ven más vitales que los deprimidos, tienden más a ver las cosas negativas en los otros y no tanto en sí mismos, y tienen la capacidad de disfrutar algunas cosas. Sólo en casos muy graves llega a presentarse ideación suicida y esto generalmente coincide con una depresión comórbida (Brenninkmeyer, Van Yperen y Buunk, 2001).

La depresión es un tema de enorme importancia en el campo de la salud mental en el trabajo, no sólo en lo que concierne al impacto que puede tener en el lugar de trabajo, sino también al papel que el lugar de trabajo puede desempeñar como agente etiológico del trastorno.

Kahn (1993) en el *Mental Health in the Workplace* describe la penetración y progresión de la depresión en el lugar de trabajo, comentando que la depresión es uno de los problemas de salud mental más frecuentes en el ámbito laboral. Indica, además, que investigaciones recientes sugieren que, en los países industrializados, la incidencia de depresión ha ido aumentando cada decenio desde 1910, y que la edad a la que las personas tiende a deprimirse ha disminuido con cada generación desde 1940. Las enfermedades depresivas son frecuentes y graves, y suponen una enorme carga tanto para los trabajadores como para los centros de trabajo. Cabe esperar que dos de cada diez trabajadores sufran una depresión en algún momento de su vida, y las mujeres son 1,5 veces más propensas que los varones a

desarrollarla. Finaliza comentando que uno de cada diez trabajadores sufrirá una depresión clínica lo bastante grave para exigir la baja laboral.

En un nuevo informe de la Organización Internacional del Trabajo, de Octubre de 2000, que alerta acerca de cómo están aumentando los costes de incapacidad mental, se avanza un modelo de los crecientes problemas personales y psiquiátricos que sufren las personas en edad laboral de todos los países estudiados.

2.5 Burnout y ansiedad

La ansiedad suele formar parte de las reacciones de estrés de muchos trabajadores. Entre las manifestaciones de la ansiedad se encuentra la crisis de angustia, con sus componentes de miedo y desorientación temporo-espacial, que aparece al vivir un suceso traumático o inmediatamente después, dura al menos dos días y se resuelve en el plazo de un mes. En cambio, el síndrome de estrés postraumático se produce como respuesta a una vivencia angustiosa abrumadora, y ocasiona reacciones debilitantes que duran más de un mes. Estas reacciones pueden observarse en personal sanitario de ayuda en asistencia a múltiples víctimas (por causa del terrorismo o graves accidentes), en veteranos de guerra, víctimas de la tortura y supervivientes de catástrofes naturales, pero también como respuesta a una vivencia traumática en el trabajo, como en el caso de la policía,

los bomberos, los equipos de rescate, las agencias bancarias (por el riesgo de robo a mano armada), la violencia o el suicidio en el trabajo, o en caso de accidente profesional grave (Quick, Quick, Nelson, y Hurrell, 1997).

Los trastornos por ansiedad, al igual que el miedo, la preocupación y la aprensión subclínicos y los trastornos relacionados con el estrés asociados, como el insomnio, parecen tener una gran penetración y mostrar una prevalencia cada vez mayor en los centros de trabajo a finales del siglo pasado, tanto que, de hecho, el *Wall Street Journal* ha dicho del último decenio del siglo XX que era la “Age of Angst” laboral (Zachary y Ortega 1993).

Son pocos los datos acerca de la incidencia y prevalencia de los trastornos por ansiedad en el lugar de trabajo. Además, puesto que la etiología de la mayor parte de ellos es multifactorial, no podemos descartar la contribución de factores genéticos, del desarrollo y no profesionales individuales a la génesis de los mismos.

Parece probable que exista una mutua influencia de los factores organizativos relacionados con el trabajo y los propiamente personales, y que esta interacción determine la aparición, progresión y evolución de estos trastornos.

La expresión ansiedad relacionada con el trabajo implica que hay situaciones, tareas y demandas laborales o factores estresantes profesionales relacionados que

se asocian a la instauración o cronicidad de la ansiedad o de sus manifestaciones. Estos factores pueden ser una carga de trabajo abrumadora, el ritmo de trabajo, los turnos y una falta percibida de control personal. El modelo demanda-control predice que los trabajadores que desempeñan tareas con escaso control personal y exposición a elevados niveles de demanda psicológica serían los más expuestos a sufrir problemas de salud mental, incluyendo los trastornos por ansiedad (Karasek y Theorell, 1990).

Es de reseñar, de nuevo, la importancia que tiene la prevención y el tratamiento de este trastorno de ansiedad en relación con el trabajo.

La mejora psicológica del puesto de trabajo, por medio de intervenciones y nuevo diseño de los lugares de trabajo, podría erradicar o prevenir muchos de estos efectos adversos. Muchas de las recomendaciones hechas por los investigadores del NIOSH, como aumentar la sensación de seguridad en el empleo y reducir la ambigüedad de roles en el trabajo, reducirían también considerablemente, si se aplicaran a las tensiones laborales y a los trastornos psicológicos asociados al trabajo, incluidos los trastornos por ansiedad (Sauter, Murphy y Hurrell, 1992). Además de los cambios de política organizativa, existe también la responsabilidad personal del trabajador moderno de manejar su propio estrés o ansiedad.

2.6 El apoyo social como factor reductor del burnout y de las disfunciones emocionales

A lo largo de este apartado expondremos diferentes concepciones e investigaciones a las que ha sido sometido el apoyo social como variable psicosocial asociada a la salud mental de los individuos.

A mediados del decenio de 1970, los profesionales de la salud pública y, más concretamente, los epidemiólogos “descubrieron” la noción del apoyo social al estudiar las relaciones causales entre estrés, mortalidad y morbilidad (Cassel, 1974; Cobb, 1976).

En los últimos años se ha producido un impacto en la literatura relativa al concepto de apoyo social en relación con el estrés relacionado con el trabajo. Cassel (1976) adaptó el concepto de apoyo social a la teoría de la salud pública como medio de explicación de las diferencias observadas en algunas enfermedades que se consideraban relacionadas con el estrés. El autor quería averiguar las causas que provocaban que algunos individuos fuesen más resistentes al estrés que otros. La teoría de que el apoyo social fuese un elemento del proceso causal de las enfermedades parecía plausible, ya que Cassel había observado que tanto las personas como los animales que experimentaban estrés en compañía de “semejantes significativos” parecían experimentar menos

consecuencias adversas que los individuos aislados. Cassel aseguró que el apoyo social podía actuar como elemento de protección contra el estrés.

Cobb (1976) amplió este concepto al observar que la simple presencia de otra persona no supone un apoyo social, añadiendo que se precisa un intercambio de “información”, de la que identificó tres categorías: 1) información que induce a la persona a sentirse querida o cuidada (apoyo emocional); 2) información que produce la sensación de ser estimado y valorado (apoyo de la estima); y 3) información que fomenta el sentimiento de pertenencia a un sistema de intercomunicación y de obligaciones recíprocas. Cobb observa que las personas que sufren episodios graves con carencia de apoyo social son diez veces más propensas a sufrir depresión, e indica que alguna forma de relación íntima o de apoyo social protege contra los efectos de las reacciones de estrés. Asegura igualmente que el apoyo social funciona a lo largo de la vida del sujeto y que afecta a diversas experiencias vitales, como el desempleo, las enfermedades graves y la pérdida de seres queridos. Cobb cita numerosos estudios, muestras, métodos y resultados como prueba fehaciente de que, si bien el apoyo social es un factor común en la modificación del estrés, no constituye por sí solo una panacea contra sus efectos. Según Cobb, el apoyo social incrementa la capacidad de afrontamiento (manipulación del entorno) y facilita la adaptación (cambio autoinducido para mejorar la adaptación de la persona al entorno). Advierte, no obstante, que la mayoría de los estudios se centran en los estresores agudos y no

permiten generalizar sobre la capacidad protectora del apoyo social frente a los efectos de los estresores crónicos o del estrés traumático.

En los años transcurridos desde la publicación de estos primeros estudios, los investigadores han dejado de valorar el apoyo social como un concepto unitario y se han esforzado por conocer los componentes del estrés social y del apoyo social.

Hirsh (1980) enunciaría cinco posibles elementos integrantes del apoyo social: 1) apoyo emocional: cuidados, comodidad, amor, afecto y comprensión; 2) estímulo: elogio, cumplidos; esto es, la medida en que la persona se siente alentada por quienes la ayudan a hacer acopio de valor, a albergar esperanzas, o a sobreponerse; 3) asesoramiento: información útil para la solución de problemas; esto es, la medida en que la persona se considera informada; 4) compañía: el tiempo pasado con la persona que presta ayuda; esto es, la medida en que el individuo no se siente solo; y 5) ayuda tangible: recursos materiales, como dinero o ayuda en la realización de las tareas; esto es, la medida en que la persona se siente aliviada de las cargas.

House (1981) utiliza otro marco de referencia para el análisis del apoyo social en el contexto del estrés relacionado con el trabajo: 1) emocional: empatía, cuidados, amor, confianza, estima o muestras de interés; 2) evaluativo: información aplicable a la autoevaluación; retroinformación proporcionada por terceros que resulte válida para la afirmación personal; 3) informativo:

sugerencias, consejos o información de utilidad para la solución de problemas;

4) instrumental: asistencia directa en forma de dinero, tiempo o trabajo.

Para House (1981), el apoyo emocional es la forma más importante de apoyo social. En el lugar de trabajo, el apoyo de los supervisores constituye el factor principal, seguido del apoyo de los compañeros. Tanto la estructura y organización de la empresa como la naturaleza concreta de los puestos de trabajo existentes pueden contribuir a enriquecer o empobrecer la capacidad de prestar apoyo. House halló que un mayor grado de especialización de las tareas y de división del trabajo da lugar a un mayor aislamiento de las actividades laborales y reduce las posibilidades de recibir apoyo.

Otros autores (Cotter y Mena, 2001), indican asimismo que la calidad en las relaciones con el supervisor están relacionadas con una alta satisfacción laboral y bajo burnout. Por otra parte, Massini y Rivera (2001) señala las conductas importantes y necesarias en los supervisores, que serían según estos autores: las de aportar ideas, demostrar afecto, proveer apoyo emocional, proporcionar información de procesos, flexibilidad manifiesta, incluir el humor, proporcionar instrucciones orientativas y dedicar tiempo a reunirse con sus compañeros.

El estudio dedicado por Pines (1983) a la situación de burnout, muestra que el nivel de apoyo social en el trabajo es inversamente proporcional al de dicha situación. El autor identifica seis aspectos significativos diferenciados del apoyo

social que pueden modificar el fenómeno considerado. Los aspectos más destacados son: escucha, estímulo, asesoramiento, compañía y ayuda tangible.

Como se deduce de los anteriores análisis de los modelos desarrollados por varios autores, a pesar de los esfuerzos de la investigación por definir el concepto de apoyo social, no existe un consenso generalizado en torno a los componentes precisos del concepto, si bien se evidencia un considerable solapamiento entre los modelos.

Según Mingote Adán (1998), mejorar el soporte social de compañeros y superiores debería de ser institucionalizado a través de encuentros regulares establecidos. Una buena calidad de relaciones interpersonales en el trabajo modera el nivel de burnout y media en la satisfacción laboral y aumenta la calidad de vida del trabajador. El soporte social satisface la necesidad humana básica de comunicación entre las personas, además de proporcionar información técnica, supervisión y soporte emocional adecuados. Para afrontar el burnout es esencial fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores y a través del cambio democrático participativo, por la identificación y resolución de problemas, consolidación de la dinámica grupal para el logro de un consenso para el cambio, en el sentido de aumentar el control del trabajador sobre las demandas psicológicas del trabajo.

Maslach (2004) menciona que recientes investigaciones muestran que existen demandas psicosociales “universales” que afectan a la salud de los trabajadores de forma crónica. Demandas que podrían generalizarse a distintas ocupaciones independientemente de las características específicas de la actividad laboral. Plantea que entre los principales factores que influyen en la salud mental se encuentran: la falta de recompensas, las falsas expectativas y, principalmente, la carga de trabajo, el grado de control del trabajador, las relaciones interpersonales y el apoyo social en el trabajo.

La percepción de apoyo social aparece como un elemento amortiguador de los efectos negativos del estrés, de forma que aparece relacionada positivamente con la salud mental de forma directa y, también de forma indirecta a través de las estrategias de afrontamiento que facilita (Buendía y Riquelme, 1993; Riquelme, Buendía y Rodríguez, 1993).

Morales, Gallego y Rotger (2004) indican que actualmente gran parte del desempeño laboral en las organizaciones ocurre en equipos multidisciplinares o interdisciplinares. Algunas de las características de estos equipos son: 1) el desempeño de roles de los individuos requiere que éstos sean altamente interdependientes (cada uno es dependiente de los otros para obtener información importante relativa al éxito del caso y del equipo); 2) los miembros tienen una meta común y un destino común; 3) el éxito o el fracaso del equipo afecta

directamente los resultados de los propios individuos; y 4) los miembros del equipo influyen el uno sobre el otro en el curso de las tomas de decisiones.

La cuestión relativa a cómo el apoyo social amortigua el estrés se complementa con otra basada en cómo las relaciones disfuncionales perjudican el afrontamiento. En lugar de enfatizar las interacciones sociales que presumiblemente transmiten el apoyo social, Coyne y Downey (1991) resaltan el conflicto, la inhibición de la comunicación y la falta de estabilidad en las relaciones íntimas como responsables de la reducción de la percepción del apoyo social. Otros autores han sugerido que el apoyo social reduce la frecuencia de conductas no saludables (Adler y Matthews, 1994).

Aunque existe una copiosa literatura dedicada al estrés y al apoyo social, subsiste aún una considerable discrepancia en torno a los mecanismos de interacción del estrés y el apoyo social. Un debate ya clásico es el de si el apoyo social tiene una influencia directa o indirecta en la salud.

El apoyo social puede surtir un efecto directo o central al actuar de barrera frente a los efectos de un estresor. Un sistema de apoyo social puede suministrar la información o la retroinformación precisa para superar el estresor, y aportar al sujeto los recursos necesarios para reducir la intensidad del estrés. Asimismo, la autopercepción personal puede quedar moderada por la pertenencia a un grupo

que aporta al sujeto confianza en sí mismo y una sensación de dominio y destreza que se traduce en un cierto sentido de control del entorno.

Este fenómeno subyace en las teorías de Bandura (1986) sobre el control personal como moderador de los efectos del estrés. Parece existir un umbral mínimo de la magnitud de apoyo social preciso para gozar de buena salud, y todo incremento del nivel de apoyo social por encima de ese mínimo tiene menos importancia.

Según la teoría de la amortiguación, el apoyo social media entre el estresor y la reacción a éste para reducir sus efectos. La amortiguación puede, o bien modificar la percepción individual del estresor y así reducir su potencia, o bien reforzar la capacidad de afrontamiento personal. El apoyo social puede traducirse en una ayuda material en situaciones de crisis o propiciar los estados de ánimo precisos para generar respuestas adaptativas. Por último, puede constituir un factor modificador del estrés que contribuye a tranquilizar el sistema neuroendocrino y reducir la reactividad de la persona al estresor.

Pines (1983) observa que la dimensión relevante del apoyo social podría residir en el hecho de compartir una realidad social.

La investigación de la relación entre el apoyo social y el estrés en el trabajo revela que un afrontamiento eficaz de este último se vincula al empleo eficaz de

sistemas de apoyo (Cohen y Ahearn, 1980). Las actividades de afrontamiento eficaces se basan en la utilización de apoyos sociales formales e informales. Así, se aconseja a los trabajadores despedidos que se esfuercen por conseguir información y otros apoyos emocionales y materiales. El número de evaluaciones conocidas de la eficacia de este tipo de intervención es relativamente escaso. Sin embargo, se tiene la impresión de que el apoyo formal sólo es eficaz a corto plazo y de que los sistemas informales son necesarios para una respuesta a largo plazo. El esfuerzo por ofrecer un apoyo social formal de carácter institucional puede surtir efectos negativos, ya que, por ejemplo, el resentimiento y la frustración provocados por un despido o una quiebra puede volverse contra los autores de ese apoyo. Por otra parte, una dependencia prolongada del apoyo social puede generar un sentimiento de dependencia y reducir el nivel de autoestima.

Finalmente, queremos reseñar, a colación de lo expuesto en este último párrafo, la importancia que el apoyo social informal tiene, por lo que cualquier programa de intervención que quisiera provocar mejoras en burnout y/o paliar las disfunciones emocionales debiera contar con favorecer este tipo de apoyo social.

Por último y siguiendo a French (1973) citado por Martín en la NTP 138, se puede pensar que el apoyo social actúa al menos a cuatro niveles:

- 1) Es posible que reduzca los factores estresantes objetivos asociados al medio ambiente. Un ambiente social en el trabajo que sea cordial, a través de la empatía

y la comprensión entre los distintos individuos (sobre todo, si existen buenas relaciones ínter-jerárquicas), tal vez propicie una sensibilización que facilite la adaptación de las demandas de trabajo a las capacidades individuales.

2) Es posible que afecte a los estresores tal y como los percibimos. La amistad, el contacto social, pueden facilitar a través de la comunicación interpersonal o por el contraste y comparación con otras personas en la misma situación, un mayor contacto con la situación objetiva y una mayor exactitud en la valoración que el individuo hace de sí mismo. De esta forma, tendría el sujeto una percepción más real, más objetiva de la realidad que está viviendo y reduciría las posibles distorsiones a las que puede llevar la particular forma de percepción de cada individuo.

3) Es posible que reduzca las consecuencias experimentadas por el estrés. El contacto personal como expresión de afecto y comprensión puede resultar un factor que facilite la descarga emocional y que frene la espiral de pensamientos negativos repetitivos que desencadenan un proceso acumulativo de tensión. En este sentido, el apoyo social tendría un efecto terapéutico. Especialmente, el apoyo social por parte de la familia y por parte de los superiores parece ser eficaz para atenuar los efectos que tiene el estrés profesional sobre la salud.

4) Es posible que aumente los recursos de adaptación del sujeto. El apoyo social puede proporcionar al individuo un sentimiento de apoyo y seguridad que

es un elemento que acrecienta su capacidad de reacción y favorece un sentimiento de dominio de la situación.

Podríamos concluir este apartado comentando que cualquier programa orientado a reducir y/o prevenir los efectos negativos del burnout y/o de las disfunciones emocionales debiera tener presente la contribución imprescindible del apoyo social en beneficio de los sujetos participantes. De manera que en la intervención convendría incluir dinámicas y técnicas instrumentales encaminadas a favorecer el apoyo social intragrupal.

Capítulo 3

Estudios experimentales, estrategias y programas de intervención respecto al Burnout en profesionales sanitarios

3.1 Introducción.....	105
3.2 Revisión de estudios.....	106
3.3 Estrategias de intervención.....	113
3.3.1 Estrategias individuales.....	114
3.3.2 Estrategias interpersonales o grupales.....	118
3.3.3 Estrategias organizacionales.....	119
3.3.4 Enfoque polifacético de la prevención del estrés.....	124
3.3.5 Programación neurolingüística.....	125
3.3.6 Sísifo versus Ulises: dos estrategias diferentes.....	128
3.4. Programas de intervención.....	129
3.4.1 Programas orientados a controlar el estrés.....	131
3.4.1.1 Programa de entrenamiento en las habilidades y en las técnicas más idóneas para el control del estrés.....	131
3.4.1.2 Programa de intervención terapéutica centrado en el control de estrés laboral.....	131
3.4.1.3 Stress management interventions.....	132
3.4.2 Programas encaminados a la mejora de la comunicación y/o al aprendizaje de técnicas y estrategias.....	133
3.4.2.1 Accelerated Recovery Program for compassion fatigue....	133

3.4.2.2 Assertiveness Training.....	135
3.4.2.3 Programa de entrenamiento en técnicas de autocontrol y técnicas de comunicación.....	138
3.4.2.4 Solution-focused brief therapy.....	138
3.4.2.5 Respiratory One Method.....	139
3.4.2.6 Multisystem Assessment of Stress and Health.....	139

Capítulo 3

Estudios experimentales, estrategias y programas de intervención respecto al Burnout en profesionales sanitarios

3.1 Introducción

En este capítulo realizamos una revisión exhaustiva de estudios experimentales que hayan versado sobre el síndrome de burnout, indicando en forma de resumen las conclusiones más relevantes. Describimos las diferentes estrategias y programas de intervención aportados por diversos autores. Concluimos con la necesidad de implementar programas de intervención psicológica que provean pautas adaptativas de afrontamiento y de control emocional a lo largo de las distintas fases del síndrome.

3.2 Revisión de estudios

En este apartado detallaremos los resultados obtenidos de la relación de estudios experimentales que hemos revisado con respecto al síndrome de burnout e incluiremos algunas de las conclusiones que los diversos autores señalaron en sus respectivos trabajos.

La tabla 3.1 (estudios comprendidos entre 1997 y 2004) y la tabla 3.2 (estudios previos a 1997) hacen referencia a los resultados obtenidos de las publicaciones que han analizado los datos obtenidos del Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) por puntuaciones directas, en ellas aparecen, en negrilla y sombreados, los datos que indican un nivel alto de burnout en las dimensiones estudiadas, los que indican niveles medios y, sólo en negrilla, los que indican niveles bajos de burnout. La tabla 3.3 ofrece los datos porcentuales de personas afectadas por burnout en cada una de las dimensiones que definen este síndrome.

De las tablas 3.1 y 3.2 podemos resaltar la existencia de niveles medios de burnout en la mayoría de los estudios revisados y que la falta de realización personal es la dimensión en la que existen, de media, mayores niveles de burnout.

**Tabla 3.1: Estudios de referencia sobre el Síndrome de Burnout.
Período de 1997 a 2004**

Autores (año de publicación) Población de referencia	Cansancio Emocional	Desperso- nalización	Realización Personal	Burnout Total
García, Roca, Carmona y Olona (2004) (3) Hospital. Barcelona (366) *	25,7	9,4	35,5	47,6
Morales, Gallego y Rotger (2004) (5) Hospital. Cataluña (113) *	20,76	7,78	38,42	38,12
Ibáñez, Vilaregut y Abbio (2002) (3) Hospital. Barcelona (70) *	21,8	7,1	35	41,9
De la Peña, Sanz, Garrido, Carvajal, Galán, Herrero (2002)(1)Hospital Badajoz (127)*	23	8	36	43
Solano, Hernández, Vizcaya y Reig (2002) (3) Hospital. Alicante (83) *	14,24	4,05	36,76	29,53
Pera y Serra-Prat (2002) (7) Hospital. Mataró (291) *	18,59	6,83	40,58	32,84
Adali y Priami (2002) (3) Hospital. Atenas-Grecia (230) **	24,01	7,85	35	44,86
López-Soriano y Bernal (2002) (1) Hospital. Murcia (143) *	19,8	9,0	32,3	44,5
Prieto, Robles, Salazar y Daniel (2002) (2) Centro Salud. Cáceres (157) *	22,04	8,33	35,19	43,18
Carmona, Sanz y Marín (2002) (1) Hospital (47) *	21,91	5,50	34,70	40,71
Lombardi y Tomassi (2002) (3) Hospital. Venezuela (47). **	19,06	6,82	37,36	36,52
Sánchez, Lucas, García, Sánchez, Jiménez, Bustanza (2001)(6) Samur. Madrid (73) *	13,7	8	30,9	38,8
Da Silva, Daniel y Pérez (1999) (2) Hospital. Salamanca (102) *	19,97	7,23	36,05	39,15
Da Silva, Daniel y Pérez (1999) (3) Hospital. Salamanca (168) *	21,93	7,11	36,05	40,99
Da Silva, Daniel y Pérez (1999) (4) Salamanca Hospital (93) *	18,85	7,76	34,03	40,58
De Pablo y Superviola (1998) (2) Atención Primaria. Zaragoza (144) *	29,0	8,3	36,8	48,5
Atance Martínez (1997) (6) Área Salud .Guadalajara (293) *	14,51	11,07	26,42	47,16
De las Cuevas, González, Fuente, Alviani y Ruiz (1997) (6)At.Primaria. Tenerife(90)*	22,19	7,21	36,53	40,78
De las Cuevas, et al. (1997) (7) Atención Primaria. Tenerife (123)*	20,33	6,75	36,6	38,48

(1) Profesionales sanitarios no facultativos; (2) Médicos; (3) Enfermeras; (4) Auxiliares de enfermería; (5) Profesiones de ayuda; (6) Profesionales sanitarios, (7) Trabajadores en general.; Entre paréntesis y en negrita población muestral de referencia; *Estudios realizados en España; **Estudios realizados en el extranjero. Datos: En negrilla se representan los niveles bajos de burnout, en negrilla y sombreados los niveles altos de burnout.

**Tabla 3.2: Estudios de referencia sobre el Síndrome de Burnout.
Período anterior a 1997**

Autores (año de publicación) Población de referencia	Cansancio Emocional	Desperso- nalización	Realización Personal	Burnout Total
Daniel, Pérez y Fernández (1996) (2) Hospital. Salamanca *	21,61	7,33	35,28	41,66
Fagin, Brown, Bartlett y Leary (1995) (3) Hospital. Claybury *	20,4	7,3	32,3	43,4
Daniel Vega (1995) (2) Hospital. Salamanca *	22,98	9,42	30,62	49,78
García, Llor y Saez (1994) (2) Hospital *	17,40	6,70	33	39,10
Fernández Cantí (1993) (2) Hospital. Zaragoza *	11,69	5,56	27,87	37,38
Fernández Cantí (1993) (3) Hospital. Zaragoza *	20,36	8,56	29,44	47,48
Fernández Cantí (1993) (8) Hospital. Zaragoza *	13	5,06	39,97	26,09
Schaufeli y Janczur (1991) (3) Polonia **	20,0	8,7	27,3	49,4
Schaufeli y Janczur (1991) (3) Holanda **	16,2	5,4	32,7	36,9
Gil y Schaufeli (1991) (3) Comparativa España-Holanda *, **	20,7	6,1	31,7	43,1
Firth y Britton (1989) (3) Inglaterra **	18,3	5,9	35,9	36,3
Leiter y Maslach (1988) (5) EE.UU **	21,6	7,5	41,3	35,8
Dolan (1987) (3) **	15,2	7,6	36,1	34,7
Maslach y Jackson (1986) (2) EE.UU. Referencia MBI (2ª ed) **	22,19	7,12	36,50	40,81
Maslach y Jackson (1986) (5) EE.UU. Referencia MBI (2ª ed.) **	20,99	8,73	34,58	43,14
Pedrabissi y Santinello (1984) (3) Italia. **	18,5	7,2	33,8	39,9

(1) Profesionales sanitarios no facultativos; (2) Médicos; (3) Enfermeras; (4) Auxiliares de enfermería; (5) Profesiones de ayuda; (6) Profesionales sanitarios, (7) Trabajadores en general; (8) Supervisores de enfermería. * Estudios realizados en España; ** Estudios realizados en el extranjero. Datos: En negrilla se representan los niveles bajos de burnout, en negrilla y sombreados los niveles altos de burnout.

Tabla 3.3: Estudios de referencia sobre el Síndrome de Burnout en porcentajes por niveles

Autores (año de publicación) Población de referencia	Cansancio Emocional			Despersonalización			Realización Personal		
	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto	Nivel Bajo	Nivel Medio	Nivel Alto
Lombardi y Tomassi (2002) (3) Hospital. Venezuela (47) **	30%	51%	19%	28%	51%	21%	23%	58%	19%
Alonso, Botella, Jiménez, León y Sanz (2002) (7) At.P. Madrid (61) *	46%	26%	28%	30%	28%	42%	38%	34%	28%
Caballero, Bermejo Nieto y Caballero (2001) (6) At. P. Madrid (157)*	36%	25%	31%	42%	27%	31%	50%	26%	24%
Sánchez et al. (2001) (6) Samur. Madrid (73) *	84%	14%	2%	74%	25%	1%	37%	57%	6%
Deus y Fumagalli (2000) (6) Hospital. Argentina. (68)**	11%	24%	65%	26%	22%	52%	12%	32%	56%
De las Cuevas et al. (1997) (7) At. Primaria. Tenerife (123)*	41%	31%	28%	40%	30%	30%	24%	29%	47%

(1) Profesionales sanitarios no facultativos; (2) Médicos; (3) Enfermeras; (4) Auxiliares de enfermería; (5) Profesiones de ayuda; (6) Profesionales sanitarios, (7) Trabajadores en general; (8) Supervisores de enfermería. Entre paréntesis y en negrita población muestral de referencia (sólo se indica en estudios posteriores al año 1997); * Estudios realizados en España; ** Estudios realizados en el extranjero. (El estudio de Caballero et al., presenta, en su publicación, un error en el porcentaje en la variable cansancio emocional)

Las conclusiones más relevantes que podemos extraer de los estudios expuestos anteriormente, e indicando sólo aquellas que sus autores señalan que han alcanzado diferencias estadísticamente significativas, son:

Ibáñez et al. (2002) señalan que los hombres se sienten más realizados personalmente que las mujeres, los solteros más que los casados y a más edad menos realización personal. Entre dos y tres horas de ocio al día disminuyen el cansancio emocional, pero éste aumenta en enfermeras que consumen analgésicos y tranquilizantes.

Solano et al. (2002) encuentran que las mujeres presentan puntuaciones más altas, en burnout total, que los hombres; tener hijos no representaba diferencias significativas; mayor cansancio emocional en personal fijo que eventual; mayor despersonalización en aquellos que trabajan en turno de noche; mayor cansancio emocional a mayor número de enfermos al cargo y para aquellos que tienen una antigüedad mayor de 15 años.

De la Peña et al. (2002) comentan que el grupo de enfermeras que poseen una licenciatura presentan mayor grado de burnout; así como que una actitud de excesiva necesidad de aprobación en el profesional por parte de su entorno social y laboral también resulta predictiva para la aparición del síndrome.

Atance (1997) expone que existe un mayor nivel de burnout en mujeres, mayor cansancio emocional y falta de realización personal en mayores de 44 años; falta de realización personal en el grupo de separados/divorciados, así como en trabajadores de más de 19 años de antigüedad pero no en relación a menos de 10 años de antigüedad; mayor cansancio emocional en el grupo de antigüedad entre

11 a 19 años, en sanitarios que trabajan en el hospital con respecto a los que trabajan en centro de salud, tanto rural o urbanos y en profesionales que trabajan entre 36 y 40 horas en relación a aquellos que trabajan más de 40 o menos de 36. En general, valores más altos en enfermeras que en médicos en todos los elementos del burnout.

López-Soriano y Bernal (2002) señalan una mayor despersonalización en trabajadores con plaza en propiedad; una mayor falta de realización a mayor edad y a mayor antigüedad en la profesión. Y en general, más desrealizadas las auxiliares que las enfermeras.

Prieto et al. (2002) indican un mayor nivel de burnout por encima de los 40 años y a mayor antigüedad laboral; no encuentran diferencias referidas al estado civil ni al sexo.

De las Cuevas et al. (1997) señalan que ni la variable edad, ni las de estado civil, ni el tiempo desempeñando el actual puesto de trabajo, ni el tiempo en la profesión, ni el hecho de hacer guardias o poseer o no la plaza en propiedad obtuvo una correlación estadísticamente significativa con ninguna de las subescalas del instrumento MBI.

Da Silva, Daniel y Pérez (1999) comentan menores niveles de cansancio emocional en los sanitarios que llevan menos tiempo trabajando (hasta cinco

años); no hay diferencias significativas en cuanto al sexo, ni al estado civil, ni tener o no hijos, ni si trabaja o no el cónyuge; encuentran mayor despersonalización en aquellas personas que disfrutan de menos de dos horas de ocio o más de cuatro horas de ocio al día; y menor agotamiento emocional en aquellas personas que confirman no consumir analgésicos ni tranquilizantes.

Sánchez et al. (2001) no encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, sexo o estado civil, ni en cuanto a la antigüedad, ni el turno de trabajo; por otra parte si se observa falta de realización personal y burnout en los profesionales con problemas de relación personal con su equipo.

Caballero et al. (2001), señalan mayor cansancio emocional en varones que en mujeres, en individuos con menor número de hijos que con familia más numerosa; no encuentran diferencias en cuanto al turno, a las guardias y años de antigüedad. Y en general mayor cansancio emocional en personal propietario de plaza.

En resumen, podemos afirmar que diferentes autores han señalado que existen unos mayores niveles de burnout en mujeres, en sujetos con edad superior a los 40 años, en enfermeras (sobre todo aquellas que además tienen una licenciatura universitaria) con respecto a médicos y en profesionales con problemas de relación personal con compañeros. Se encuentran mayores niveles de cansancio emocional en varones, con plaza fija, con un mayor número de enfermos a su cargo y en sanitarios que desempeñan su trabajo en hospitales. La

despersonalización es mayor en trabajadores con turno de noche y con plaza en propiedad. Se encuentra una mayor falta de realización personal en mujeres, en sujetos separados o divorciados, con una antigüedad superior a 19 años de trabajo, en auxiliares de enfermería con respecto a enfermeras y en aquellas personas con problemas de relación.

3.3 Estrategias de intervención

En este punto señalaremos algunas de las estrategias de intervención que han sido publicadas y fundamentadas teóricamente y que surgieron con el fin de controlar el estrés, prevenir el burnout, mejorar las habilidades de comunicación y las habilidades sociales. Creemos conveniente conocer cuales han sido las estrategias que diversos autores han propuesto como necesarias para favorecer la adaptación de los individuos a sus entornos y problemáticas laborales.

Las estrategias de intervención o en nuestro caso, estrategias adaptativas de afrontamiento pueden ser clasificadas en tres tipos: a) estrategias individuales, b) estrategias interpersonales o grupales y c) estrategias organizacionales.

3.3.1 Estrategias individuales

Las *estrategias individuales* están encaminadas a controlar el estrés (Matteson e Ivancevich, 1987; Ramos y Buendía, 2001; Guerrero y Vicente, 2001) destacando dos grandes grupos: las actividades dirigidas a la adquisición de estrategias de carácter paliativo y las actividades dirigidas a la adquisición de estrategias instrumentales.

Las actividades dirigidas a la adquisición de estrategias de carácter paliativo tienen por objetivo la adquisición de destrezas para el manejo de las emociones entre las que destaca el entrenamiento y adquisición de habilidades para expresión de emociones, el manejo de sentimientos de culpa y especialmente el entrenamiento en relajación (Vera y Vila, 1993), que es un proceso psicofisiológico en el que podemos distinguir tres componentes: un componente fisiológico en forma de patrón reducido de activación somática, un componente subjetivo como informe del sujeto de tranquilidad y sosiego y un componente conductual referido como un estado de descanso motor. Debido a esto, con el entrenamiento en relajación se pretende una respuesta biológicamente antagónica al estrés, que pueda ser aprendida y convertida en un importante recurso personal para contrarrestar sus efectos negativos. Otras técnicas de carácter paliativo serían el biofeedback, la meditación, el entrenamiento físico, etc.

Dentro del campo del manejo de las emociones queremos reseñar un aspecto al que varios autores dan cierta importancia, y no es otro que el del sentido del humor. Mesmer (2001) destaca el sentido del humor como estrategia de afrontamiento. Esta autora expone que las personas con mayor sentido del humor presentan niveles más bajos de estrés laboral, por lo que propone desarrollar el humor como estrategia de afrontamiento del estrés en los planes de desarrollo del entrenamiento del personal.

Las actividades dirigidas a la adquisición de estrategias instrumentales presentan dos tipos de abordaje: 1) actividades encaminadas a modificar los procesos cognitivos y 2) actividades encaminadas a conseguir que el sujeto se comporte de modo distinto, mediante la adquisición de patrones más efectivos.

Las actividades encaminadas a modificar los procesos cognitivos, mediante técnicas cognitivas y de autocontrol, que eliminen los patrones no adaptativos, parten del supuesto de que la forma en que actuamos y sentimos depende de cómo pensamos y evaluamos la importancia de las situaciones para nuestro bienestar.

Dentro de este grupo destacamos las siguientes técnicas: a) técnicas de reestructuración cognitiva basadas en la terapia racional-emotiva de Ellis (Lega, 1993), la terapia cognitiva de Beck (Dobson y Franche, 1993), la terapia de valoración cognitiva de Wessler (Wessler y Hankin, 1993) y otras; la asunción básica de estas estrategias se basa en la idea de que las emociones y las conductas

son producto de las creencias del individuo y de su interpretación de la realidad, por lo que el objetivo es identificar los pensamientos irracionales o disfuncionales y reemplazarlos por otros más racionales o efectivos, b) el entrenamiento en resolución de problemas (Nezu y Nezu, 1993) teniendo en cuenta que en este contexto se entiende por problema aquellas situaciones que exigen respuestas adaptativas que el sujeto no es capaz de ofrecer, teniendo por objetivo dar una solución eficaz al problema, para lo que se exigen cinco procesos interactuantes: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica de la solución y verificación. Los afrontamientos activos o centrados en la solución del problema están considerados los más efectivos para la prevención y el manejo del burnout (Leiter, 1991b; Ceslowitz, 1989).

Haremos referencia también al modelo de inoculación de estrés de Meichenbaum (1987), que siguiendo a Deffenbacher (1993) sería un modelo general que promueve la adquisición de conocimientos, autocomprensión y técnicas de afrontamiento para mejorar el dominio de las situaciones estresantes previsibles, enfatizando las complejas relaciones interdependientes entre los factores afectivos, fisiológicos, conductuales, cognitivos y sociales/ambientales, sin presuponer una influencia causal primaria en ninguno de ellos. El programa de este modelo consta de tres fases: la fase educativa, que proporciona información sobre la forma en que se generan las emociones distorsionadas, a partir de factores cognitivos y suposiciones; la fase de ensayo, en la que se proporcionan

suposiciones alternativas para las situaciones de distrés emocional; y la fase de aplicación, en la que el sujeto demuestra todo lo aprendido y lo pone en práctica. Tiene por tanto aspectos que incluyen reestructuración cognitiva y aspectos instrumentales.

Las actividades encaminadas a conseguir que el sujeto se comporte de modo distinto, mediante la adquisición de patrones más efectivos, parten del supuesto de que la forma en que sentimos y pensamos depende de cómo nos comportamos.

Dentro de este grupo destacan: a) el entrenamiento en habilidades sociales y b) el entrenamiento en habilidades comunicación interpersonal.

El entrenamiento en habilidades sociales (Gil, Jarana y León, 1992; Caballo, 1993), es un enfoque centrado básicamente en el aprendizaje de nuevas respuestas, pretendiendo enseñar habilidades interpersonales que mejoren la competencia de los individuos en situaciones sociales problemáticas. El proceso implica cuatro elementos: entrenamiento en habilidades que aporten el aprendizaje de nuevas conductas específicas que se integran en el repertorio conductual del sujeto; reducción de la ansiedad en situaciones problemáticas, con utilización de técnicas de relajación si el grado de ansiedad es muy elevado; reestructuración cognitiva, que generalmente suelen incluirse autoinstrucciones o algún aspecto de la terapia racional-emotiva; y por último, entrenamiento en

solución de problemas, aunque no es un elemento que esté siempre presente de forma sistemática.

El entrenamiento en habilidades de comunicación interpersonal aborda aspectos tan variados como la comunicación del diagnóstico a pacientes, comunicación en situaciones conflictivas, realización de entrevistas, habilidades para hablar en público, etc.

Podemos incluir en este apartado las técnicas de negociación, el entrenamiento en asertividad, las habilidades para gestionar el tiempo, técnicas para organizarse, resolución de conflictos, toma de decisiones, etc.

3.3.2 Estrategias interpersonales o grupales

Las estrategias que abordan la prevención del burnout desde la perspectiva interpersonal o grupal desarrollan la intervención para potenciar la formación de habilidades sociales y las estrategias relacionadas con el apoyo social en el trabajo.

La mayoría de estas estrategias recomiendan fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y jefes (Shinn y Morch, 1983; Matteson e Ivancevich, 1987). Las experiencias obtenidas demuestran que el apoyo social aumenta la

realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional y mejora actitudes y conductas negativas hacia otros (Leiter, 1988; Gil-Monte y Peiró, 1997).

Este tipo de estrategias grupales se interrelacionan especialmente con las estrategias individuales. Recordemos que en el apartado anterior exponíamos las actividades encaminadas a conseguir que el sujeto se comporte de modo distinto, mediante la adquisición de patrones más efectivos a través del entrenamiento en habilidades sociales, habilidades de comunicación, etc., por lo que es evidente que estas técnicas se instruyen, se modelan, se refuerzan, y se ensayan en grupos, para así generalizar conductas alternativas ante las demandas de la vida laboral, profesional y personal.

Por otra parte, a pesar de la importancia fundamental que tiene este último aspecto, hemos de decir que al desarrollo de habilidades sociales en grupo para la prevención del burnout se han dedicado pocos trabajos.

3.3.3 Estrategias organizacionales

Las *estrategias de intervención organizacionales* tienen como cometido eliminar o disminuir los estresores del entorno institucional. Dentro de las estrategias organizacionales, Peiró y Salvador (1993) establecen las siguientes

áreas de mejora organizativas: a) condiciones ambientales, que son objeto de legislación con el fin de conseguir unos mínimos que garanticen la seguridad de los trabajadores; b) aspectos temporales como flexibilidad de horarios, elección de turnos de trabajo, etc., ya que los aspectos relacionados con el tiempo son una importante fuente de estrés; c) enriquecimiento del puesto de trabajo, debido a que es fundamental para el trabajador la identidad con la tarea, la autonomía, la variedad de habilidades necesarias para su desempeño y la retroalimentación, estando directamente relacionado con la motivación del trabajador, la satisfacción laboral y la calidad del trabajo realizado, e inversamente relacionado con el absentismo y la rotación; d) estructura organizacional, puesto que el conflicto y la ambigüedad de rol son causas conocidas de estrés, por lo que las intervenciones encaminadas a prevenir el estrés causado por el desempeño de roles incluyen la participación de los trabajadores en la gestión de la organización, haciendo hincapié en la negociación de roles tratando de asignar las responsabilidades a cada rol de modo negociado y en la técnica de análisis de roles que intenta clarificar las expectativas de los trabajadores que asumen distintos roles interrelacionados entre sí; e) planes de carrera e intervención, debido a que las oportunidades de promoción y ascenso a lo largo de la vida profesional, mediante planes de carrera adecuadamente planificados, minimizan el estrés además de constituir un importante factor motivacional; Fernández-Garrido (2001) clasifica los programas de intervención en el desarrollo de la carrera en tres tipos: programas de transición educación-trabajo, programas destinados a facilitar la progresión en la carrera o a mejorar las oportunidades y programas dirigidos a

facilitar-minorizar los tránsitos desempleo-empleo; y por último, f) estilos de dirección, dado que si son estilos participativos resultan especialmente beneficiosos para la reducción del estrés, así como el establecimiento de objetivos claros y de sistemas de evaluación adecuados.

Las estrategias organizacionales más relevantes son: a) los programas de socialización anticipatoria, b) los programas de evaluación y retroinformación, c) los programas de desarrollo organizacional y d) el rediseño de la realización de tareas.

Los programas de socialización anticipatoria tienen como fin prevenir el choque con la realidad y sus consecuencias (Matteson e Ivancevich, 1987), haciendo que se experimente ese contacto antes de que el profesional comience su vida laboral, en un contexto de prueba que permite desarrollar estrategias constructivas. Guthrie, Black, Bagalkote, Shaw, Campbell y Creed (1998) señalan la necesidad de comenzar a prevenir, controlar y afrontar el estrés, ya desde las fases de formación de los sanitarios. Capilla (2000) destaca la importancia de elaborar programas de entrenamiento frente al estrés, a desarrollarse incluso desde el pregrado. Este último autor hace referencia asimismo a que no hay ninguna estrategia simple, capaz de prevenir o tratar el síndrome de burnout.

Los programas de evaluación y retroinformación fomentan la evaluación como desarrollo y no como juicio (Matteson e Ivancevich, 1987).

Los programas de desarrollo organizacional tienen como finalidad mejorar el ambiente y el clima organizacional mediante el desarrollo de equipos eficaces, con un esfuerzo sistemático y planificado, focalizado a largo plazo en la cultura organizacional y en los procesos sociales y humanos de la institución (Gil-Monte y Peiró, 1997).

El rediseño de la realización de las tareas (Maslach, 1982), puede facilitar la disminución de la sobrecarga laboral y de las disfunciones de los roles profesionales. El facilitar que los profesionales puedan cambiar de actividades (Edelwich y Brodsky, 1980) y considerar cambios que lleven mejoras de recompensas y de promoción del profesional (Shinn y Morch, 1983) incrementan la responsabilidad, la participación en la toma de decisiones y la autonomía. Orlovsky y Gullede (1986) y Bolle (1988) proponen que se facilite y promuevan las reuniones multidisciplinarias con periodicidad, se formen grupos de trabajo con flexibilidad laboral (rotación programada, cambio de horarios, etc.). Maslach (1982) y Orlovsky y Gullede (1986) recomiendan disponer de un equipo de especialistas de ayuda (psicólogos, terapeutas) dedicados a profesionales con problemas.

Podemos observar que las estrategias y procedimientos a utilizar en la prevención y control del burnout son muy diversos, por lo que hay que elegir cuidadosamente aquellos que deberán usarse en el marco de “paquetes” de

intervención ante cada situación específica. En este sentido, Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) señalan que podrían ser eficaces una variedad de estrategias de intervención que incluyeran: entrenamiento en inoculación de estrés, relajación, organización del tiempo, entrenamiento en asertividad, terapia racional emotiva, entrenamiento en habilidades interpersonales y sociales, trabajo en equipo, organización de las demandas profesionales y meditación. Pero es de reseñar que finalizan comentando que es “rara la existencia de programas” de estas características.

A modo de resumen podríamos indicar la importancia de elaborar diseños para la mejora de la prevención del estrés en el puesto de trabajo y programas de promoción de la salud (Fernández-López, Siegrist, Rödel y Hernández, 2003), llevar a cabo intervenciones con criterios teóricos y diagnósticos, realizando su evaluación posterior (Gil-Monte y Peiró, 1999), formar grupos de apoyo en las unidades de cuidados entre la plantilla de sanitarios (Lenart, Bauer, Brighton, Johnson, y Stringer, 1998) o entre plantillas de cualquier otro ámbito laboral y por último, no olvidar llevar cabo programas de prevención y de ayuda individualizada (Tselebis, Moulou e Ilias, 2001).

3.3.4 Enfoque polifacético de la prevención del estrés

Para finalizar este apartado queremos incluir dos tipos de estrategias de intervención, que aunque aparecen a través de desarrollos teóricos bien diferentes, podrían complementarse como respuesta a las necesidades de salud de los trabajadores, especialmente de la salud psicológica. Estas intervenciones serían: el enfoque polifacético de la prevención del estrés y la programación neuro-lingüística que abordaremos en el siguiente punto.

El objetivo del enfoque polifacético de la prevención del estrés sería el de “trabajadores sanos en empresas sanas”. Por ello, el National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) de EE.UU., hizo un primer intento de diseñar tal enfoque, con su estrategia nacional de prevención de los trastornos psicológicos relacionados con el trabajo (Sauter, Murphy y Hurrell, 1990). En dicha estrategia se abordan: a) la carga y el ritmo de trabajo, para evitar tanto la falta como el exceso de trabajo, hacer posible la recuperación después de tareas arduas y aumentar el control que ejercen los trabajadores en diversas características del trabajo; b) los horarios de trabajo, diseñados para que sean compatibles con la exigencias y responsabilidades extraprofesionales, teniendo en cuenta los horarios flexibles, el trabajo compartido y el diseño de turnos rotatorios; c) el futuro profesional, evitando la ambigüedad en las oportunidades de ascensos y de desarrollo de la carrera y en las cuestiones relativas a la seguridad en el empleo; d) el entorno social, con oportunidades para la interacción

de los empleados y el apoyo, y e) el contenido del trabajo, diseñando las tareas laborales para que tengan sentido, estimulen y den la oportunidad de poner en práctica los conocimientos que se poseen y de adquirir otros nuevos.

3.3.5 Programación neurolingüística

Las intervenciones a través de la Programación Neurolingüística (P.N.L.) pueden realizarse a nivel individual y organizacional, pero primeramente es necesario definir este concepto.

La P.N.L. entiende que cada persona realiza un empleo sistemático de pautas de percepción sensorial, y de interpretación de la realidad según sus parámetros personales de observación y valoración de la misma, de ahí que diferentes personas interpreten unas mismas situaciones como estresantes o no, ya que según este modelo estratégico no existen dos realidades iguales y, por supuesto nuestro “mapa” no es el territorio que representa; es eso, un mapa, nuestra apreciación subjetiva (por muy cercana de la realidad que se halle) de un objeto externo y convertido éste en unos gráficos, en unos signos, en unos dibujos que lo representan. Esta interpretación de la realidad estaría basada esencialmente en: a) lo que vemos, parcelas de conductas observadas, b) lo que entendemos, fiabilidad de los datos según nuestra experiencia, y c) lo que sentimos, sensaciones que apoyan o contradicen el mensaje, que son producto de la

observación que aunque pueda basarse en aspectos concretos es especialmente intuitiva.

Según McDermott y O'Connor (1996), en la intervención con la P.N.L. a nivel organizacional se han de establecer unos sistemas de movilización de recursos con los que podrían lograrse diferentes objetivos, estos recursos podrían ser: a) la elección, entendida ésta como la capacidad y voluntad de responder de distintas maneras, logrando el equilibrio o punto medio entre los recursos disponibles en la empresa y las dificultades, estableciendo en tal caso adecuadas medidas de control e influencia sobre sus áreas de interés; b) la congruencia, con el establecimiento de metodologías que permitan sensibilizar a todo el personal en su integridad a favor de los objetivos comunes, logrando una interconexión entre los objetivos generales y particulares de todos sus componentes, todos en una misma dirección y acabando con las situaciones de conflicto y la falta de comunicación, y c) el desafío, a través del logro de objetivos finales propuestos y mediante la valoración de determinados objetivos parciales.

La intervención sobre el individuo a través de las técnicas y ejercicios derivados de la P.N.L. (modelos comunicativos, representaciones sensoriales, percepción y observación, comunicación paradójica, etc.) sería de la siguiente manera:

1. Técnica de intervención general, ya que al individuo no le resultaría difícil definir específicamente aquellos recursos que de él mismo necesitaría movilizar para afrontar tal situación de estrés, o lograr que la misma no se produzca.

2. Técnica de intervención cognitiva, ya que obtendría una puesta a disposición de la situación, con observación de la misma desde diversos puntos de vista, o dicho de otra manera, encontrando por parte del protagonista de la situación de estrés, de su autoobservación tanto desde su propia posición, desde otra distinta, e incluso desde la de un tercer objetivo; lo que tendría la consecuencia de cambiar su percepción y su propia forma estresante de observar la realidad, su interpretación desde otras perspectivas que no se había planteado hasta el momento y su propia evaluación y autoevaluación del problema

3. Técnica de intervención fisiológica, ya que el empleo de los ejercicios de relajación física, de control de la respiración y de “desconexión” que por sí mismos constituyen unas adecuadas técnicas de intervención se potencian con las técnicas y ejercicios de P.N.L

4. Técnica de intervención conductual, ya que se favorece precisamente la promoción de conductas adaptativas, elegidas por el propio sujeto como las más adecuadas para afrontar la situación, toda vez que las mismas son

pre-experimentadas por el interesado a través de ejercicios de “puentes de futuro” en los que es el propio sujeto quien experimenta de forma no traumática la utilidad de su libre conducta seleccionada.

3.3.6 Sísifo versus Ulises: dos estrategias diferentes

Como contrapunto a las diversas estrategias de intervención, nos gustaría realizar una extrapolación metafórica con respecto a la mitología griega en cuanto a los diferentes recursos de afrontamiento que pudieran utilizarse, fijándonos en las figuras míticas de Ulises y Sísifo.

El tipo de trabajador que padece burnout lo asemejaremos con *Sísifo*, rey de Corinto que a pesar de retar a los mismos Dioses aún sabiendo de que la lucha era desigual, y de ser considerado el más astuto y taimado de los hombres; por haber querido escapar de las leyes de Thánatos (la Muerte), fue condenado por los Dioses a empujar eternamente una roca hasta lo alto de una montaña, desde donde la piedra volvía a caer por su propio peso teniendo que volver a comenzar, una y otra vez; los Dioses pensaron, con cierta razón, que no hay castigo más terrible que el trabajo inútil y sin esperanza.

Por otra parte, encontramos en *Ulises* el tipo de trabajador que dispone de los recursos necesarios de afrontamiento para afrontar los avatares o las vicisitudes

profesionales diarias, de hecho, Ulises, es considerado por muchos autores, “el hombre de los mil recursos” (Diccionario Enciclopédico Larousse. Ed.: Planeta), ya que aparece como un hábil guerrero en la *Iliada* y un astuto y sagaz héroe en la *Odisea* (ambas obras del autor griego Homero).

A partir de aquí utilicemos las estrategias de intervención, no para verlas impresas en textos o en ediciones agotadas por el éxito literario, sino más bien para incorporarlas en la “mochila” de los individuos, para que puedan emplearlas llegado el momento. Formemos más Ulises, aunque quizá no consigamos el mismo nivel de asesoramiento que el que la diosa Circe ofreció a nuestro héroe..., o tal vez si. Intentémoslo.

3. 4 Programas de intervención

En este apartado describiremos aquellos programas que de una manera directa o indirecta han sido propuestos y en algunos casos llevados cabo con el fin de prevenir y/o reducir los niveles de burnout o de estrés laboral, ya sea a través del control del estrés, de la mejora en la comunicación o del entrenamiento en aquellas técnicas implicadas en un mejor desempeño interpersonal.

Los programas que específicamente están destinados a la prevención del estrés consisten en la transmisión de un conjunto de conocimientos a los trabajadores

para promover el reconocimiento de los estresores así como sus efectos para la salud y el adiestramiento en una serie de técnicas o habilidades destinadas a controlar las condiciones que favorecen el estrés y aminorar los efectos que sobre el individuo tiene el estar sometido a estrés.

El proceso que suelen seguir estos programas es el siguiente: a) detección de las necesidades de formación e intervención en este campo a partir de la información obtenida tras la identificación de las causas y las consecuencias del estrés, lo que nos permitirá centrarnos en los estresores específicos que están afectando a los trabajadores de la empresa en cuestión; b) definición de los objetivos del programa, siendo aconsejable que estos sean operativos y evaluables; c) diseño del programa, tratando de determinar los contenidos que se van a transmitir y el entrenamiento en las habilidades y técnicas más idóneas para el control del estrés para esos trabajadores; d) desarrollo del programa, es decir, llevar a cabo la transmisión de la información y el adiestramiento de los trabajadores en las estrategias para el control del estrés y aprendizaje de técnicas específicas; y e) evaluación de la eficacia del programa, según la adecuación de los resultados a los objetivos perseguidos, no limitándose a medidas de carácter individual poco después de finalizar el programa, ya que sería conveniente realizar evaluaciones posteriores de seguimiento para valorar si los cambios observados al finalizar el programa se mantienen.

A continuación, expondremos en primer lugar aquellos programas orientados específicamente a controlar el estrés para posteriormente hacer una revisión de programas encaminados concretamente a la mejora de la comunicación y al aprendizaje de técnicas y estrategias para un mejor desempeño personal y profesional.

3.4.1 Programas orientados a controlar el estrés

3.4.1.1 *Programa de entrenamiento en las habilidades y en las técnicas más idóneas para el control del estrés* (Matteson e Ivancevich, 1987). Diseño de un curso de unas 7 horas para la prevención del estrés laboral. Este programa cubre las siguientes áreas temáticas: creencias comunes sobre el estrés, diagnosticar tu propio estrés, estrés positivo, ¿cómo influye el estrés sobre ti?, estrés y salud, fuentes del estrés, diferencias individuales como moderadores, métodos de afrontamiento individual, diseñar tu propio programa y revisión del programa.

3.4.1.2 *Programa de intervención terapéutica centrado en el control de estrés laboral* (Pérez-Nieto, Cano, Miguel-Tobal, Camuñas, Sayalero y Blanco, (2001). Programa de 14 sesiones de carácter semanal de hora y media de duración: sesión primera, presentación y evaluación pre-tratamiento; sesiones segunda y tercera, sesiones informativas o educativas para dotar a los participantes de información sobre el estrés laboral, el burnout, la respuesta emocional, la ansiedad y la ira;

sesión cuarta, técnicas de relajación, entrenamiento en la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, en la versión abreviada de Wolpe (1973), unida a un entrenamiento en respiración abdominal; sesiones quinta a séptima, reestructuración cognitiva, detección y cambio de las creencias, ideas y pensamientos irracionales, de Beck (1967) y Ellis (1977), que provocan estados emocionales negativos como la ansiedad, la ira o la depresión; sesión octava, entrenamiento en autoinstrucciones (Meichenbaum, 1975), dirigido a implantar ideas y verbalizaciones racionales adecuadas para un afrontamiento adaptativo; sesiones novena a undécima, solución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971), que consiste en un entrenamiento en cinco pasos sistemáticos a dar en la búsqueda eficaz de soluciones; sesiones duodécima y décimo-tercera, control de ira y asertividad, con la puesta en práctica de técnicas ya aprendidas para detectar y cambiar respuestas de ira (identificación de ideas asociadas a la ira, autoinstrucciones, respiración abdominal) y evaluación y entrenamiento (role-playing) en la expresión adecuada de sentimientos de desagrado; y sesión décimo-cuarta, evaluación post-tratamiento. Los resultados muestran un efecto significativo del tratamiento sobre la reducción de la respuesta emocional, lo que avala la eficacia de las técnicas, según los autores.

3.4.1.3 *Stress management interventions* (Murphy, 1986). Este autor realiza una categorización sobre intervenciones en control de estrés, a través de tres niveles de aplicación: a) nivel primario, reducción del estrés (stress reduction), b) nivel secundario, control del estrés (stress management) y c) nivel terciario,

tratamiento del estrés (stress treatment). Estas intervenciones, en general, sólo han sido efectivas cuando se orientan a las necesidades tanto del individuo, como de la organización.

Van der Kling et al. (2001), realizaron un meta-análisis sobre estudios en torno al estrés secundario a sobrecarga psicológica, publicados entre 1966 y 1996. Encontraron un moderado efecto positivo para las intervenciones de terapia cognitiva situacional y la combinación de varias técnicas, y un pequeño efecto para las técnicas de relajación. En la revisión de las intervenciones orientadas a la organización no pudieron obtener conclusiones de conjunto. Como efectos de la intervención, mejoraron más las variables de enfermedad, los recursos psicológicos y la calidad de vida laboral. Para concluir señalan que las intervenciones para controlar el estrés laboral son efectivas y las terapias cognitivas situacionales son más efectivas que otros tipos de intervención.

3.4.2 Programas encaminados a la mejora de la comunicación y/o al aprendizaje de técnicas y estrategias

3.4.2.1 *Accelerated Recovery Program (A.R.P.) for Compassion Fatigue* (Gentry, Baranowsky y Dunning, 1997). Programa de Recuperación Acelerada, de cinco sesiones, dirigido a mejorar el “desgaste por empatía” que sería según estos autores la combinación sinérgica del Estrés Traumático Primario, el Estrés

Traumático Secundario y el Burnout. Eric Gentry junto a Anne Baranowsky y Kathy Dunning desarrollaron en 1997, en el marco del Traumatology Institute (Florida State University), un Programa de Recuperación Acelerada del Desgaste por Empatía. Este programa contiene elementos extraídos de la Terapia Narrativa, E.M.D.R. (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Desensibilización del Movimiento Ocular y Reprocesamiento), Terapia Cognitivo Conductual, Terapia del Trauma de Tiempo Limitado, Programación Neurolingüística, Hipnosis, T.F.T. (Thought Field Therapy, Terapia del Campo del Pensamiento), videodiálogo, habilidades para el manejo de la ansiedad, etc. Consiste en un protocolo de cinco sesiones cuyos objetivos son: a) identificar, entender y desarrollar una jerarquía de eventos que disparan los síntomas del Desgaste por Empatía, b) desarrollar habilidades para enfrentar esas dificultades, c) identificar recursos externos e internos para favorecer el afrontamiento, d) aprender técnicas de reducción de la tensión (estrés), y e) desarrollar técnicas para resolver conflictos internos y realizar auto-supervisión.

El programa protocolizado llevado a cabo por Gentry et al. (1997) es el que se detalla a continuación: 1) primera sesión, valoración / evaluación (assessment / evaluation); en esta sesión se discuten los eventos intimidatorios o en los que encuentran dificultades así como el tipo de organización personal y profesional que puedan contribuir a desarrollar los síntomas, para finalizar administrando varias escalas o cuestionarios; 2) segunda sesión, organización temporal, personal y profesional (personal & professional time-line); en esta sesión se discute sobre

los objetivos a alcanzar a través de la adquisición de técnicas orientadas a la autoayuda, los conflictos internos y la conexión con otros; se lleva a cabo relajación progresiva, visualización de un lugar seguro, etc.; 3) tercera sesión, reprocesamiento y encuadre (re-framing & reprocessing); en esta sesión se discute sobre la forma de organizar el tiempo, metas personales, metas profesionales trayectoria, revisión de las estrategias de auto-regulación, control del pensamiento, etc.; 4) cuarta sesión, auto-supervisión: externalización (supervising the self: externalization); en esta sesión se revisan las sesiones anteriores, se identifican áreas donde el profesional necesite adquirir técnicas, se realiza video-diálogo con conflictos internos polarizados, etc.; 5) quinta sesión, clausura y cuidados *a posteriori* (closure & aftercare); en esta última sesión se realiza una revisión del programa, inventario de objetivos incompletos, recuerdo de técnicas, autoayudas, etc. Estos autores comentan que en próximos años comenzarán a planificar resultados sistemáticos para valorar la eficacia y utilidad del Accelerated Recovery Program for Compasión Fatigue.

3.4.2.2 *Assertiveness Training (AsT)* de Dickson, Takezawa y Ono (2000) en concordancia con el entrenamiento en técnicas de comunicación. Shimizu, Mizoue, Kubota, Mishima y Nagata (2003) llevan a cabo un entrenamiento en asertividad para valorar las relaciones entre el burnout y el entrenamiento en técnicas de comunicación, dirigido a enfermeras del hospital de Kyushu en Japón. Los sujetos sobre los que se lleva a cabo el estudio son cuarenta y cinco enfermeras, de ellas diecinueve forman parte del grupo experimental sobre el que

se realiza la intervención (dieciocho mujeres y un solo hombre que es excluido del estudio) y veintiséis forman parte del grupo de control. El programa consta de dos fases: a) entrenamiento básico y b) entrenamiento avanzado que se llevan a cabo en dos días cada una, con un total de siete horas y media de duración cada día.

El entrenamiento básico consta en su primer día de la definición de asertividad, patrones de comunicación (agresiva, pasiva, manipulativa, asertiva), conocer nuestros derechos asertivos, hacer peticiones y rol-play, y en su segundo día desarrolla primero una revisión del día anterior, para continuar con el aprendizaje a decir “no”, dar y recibir cumplidos y trabajar la autoestima. El entrenamiento avanzado en su primer día comienza con una revisión de la definición de asertividad, técnicas de auto-ayuda, aprender a manejar las críticas, hacer y recibir críticas y aprender a manejar o controlar la hostilidad, y en su segundo día se revisa lo aprendido el día anterior además de trabajar la confrontación, proponer metas a largo plazo y desarrollar aquello que se quiere en la vida, así como una revisión del trabajo profesional y las relaciones personales. Especial importancia recibe el role-playing ya que los participantes pueden experimentar características próximas a la realidad sin el riesgo de la vida real, siendo además útil como aprendizaje en comunicación.

El grupo experimental recibió el entrenamiento básico en julio del año 2001 y el entrenamiento avanzado un mes después. Previamente, en junio, se les

entregaron unos cuestionarios entre los que se incluía una versión japonesa del burnout, tanto al grupo experimental como al grupo control, para posteriormente en enero del año 2002, volverles a entregar esos mismos cuestionarios.

Los resultados indican una mejora estadísticamente significativa de la realización personal cinco meses después del entrenamiento en asertividad, en referencia al grupo de control. En cuanto a la despersonalización y al agotamiento emocional no se produjeron mejoras, ya que existieron pequeñas variaciones que no son estadísticamente significativas.

Estos resultados son compatibles con otros estudios previos como el realizado entre enfermeras forenses de salud mental (Ewers, Bradshaw y McGovern, 2002) en el que se recogen mejoras significativas seis meses después de un entrenamiento en intervención psicosocial en el que se incluían expresiones de las emociones o como la revisión del Modelo de Comunicación Empática del Burnout (Miller, Birkholt, Scout y Stage, 1995) en el que cobran especial importancia las respuestas comunicativas en la mejora de la realización personal, siendo a partir de esta mejora cuando se pueden obtener efectos favorables en agotamiento emocional y despersonalización de una forma directa o indirecta.

En esta misma línea, Shimizu et al. (2003) señalan que existe la posibilidad de prevenir el burnout a través de la mejora en la dimensión de realización personal.

3.4.2.3 *Programa de entrenamiento en técnicas de autocontrol y técnicas de comunicación* (García de Lucio, Camaño, Mas, Marín, y García López, 2000). Intervención de 25 horas, repartidas en cinco sesiones semanales de cinco horas cada una, dirigida a enfermeras y auxiliares de enfermería. De una población total de 765 enfermeras y auxiliares de enfermería, 91 estuvieron interesadas en participar en el estudio, de las que finalmente 32 formaron parte del grupo control y 23 del grupo experimental.

La intervención consistió en un entrenamiento en autocontrol emocional con técnicas de relajación muscular progresiva y de reestructuración cognitiva, y un entrenamiento en las siguientes habilidades generales de comunicación: escuchar, empatizar, informar, cortar, manejar emociones y decir que no. Se objetivan mejoras en habilidades de comunicación de las enfermeras ante los familiares de pacientes graves y, en particular, las habilidades de “escuchar”, “empatizar” y “cortar” y, en menor medida, “manejar emociones”, en situaciones simuladas, lo que constituye según sus autores una base empírica sólida para la adopción de programas de intervención para mejorar la comunicación entre el personal sanitario y familiares en pacientes graves en los centros de trabajo. Dicha mejora podría ir relacionada con disminución en niveles de estrés laboral o cualquiera de sus afectaciones.

3.4.2.4 *Solution-focused brief therapy (SFBT)* (Bowles, Mackintosh, Alison, 2001). Entrenamiento en comunicación enfocado a soluciones, en formato de

terapia breve, usando escalas antes y seis meses después del entrenamiento, que según sus autores reduce sentimientos de ineficacia y estrés emocional en enfermeras.

3.4.2.5 *Respiratory One Method (ROM)* (Ospina y Figley, 2003). Según los autores, la aplicación del ROM tiene efecto en la reducción de los niveles de cansancio emocional, uno de los componentes del burnout.

3.4.2.6 *Multisystem Assessment of Stress and Health (MASH) Model* (Appel, 2003). Este autor comenta la validez de utilizar el modelo de valoración multisistémica de estrés y salud para reducir el burnout del trabajador. Este modelo aporta recursos necesarios de afrontamiento para cuatro niveles de la vida (personal, laboral, de pareja y familiar).

Otros programas de intervención han tratado de desarrollar un formato amplio y global que pueda atender a los diferentes componentes del burnout. Entre ellos, el de Clinton (1980), quién ha publicado un manual de entrenamiento destinado a provocar el cambio a través de actividades de relajación, clarificación de valores, modificación de las redes de apoyo, dieta y ejercicio.

Capítulo 4

Programa I.R.I.S.: Desarrollo metodológico de un programa de intervención cognitivo-conductual

4.1 Introducción.....	143
4.2 Programa de intervención.....	146
4.2.1 Generalidades.....	146
4.2.2 Bloque I: Estrategias dirigidas a la prevención y control de estrés.....	148
4.2.2.1 Objetivos.....	148
4.2.2.2 Contenido teórico.....	149
4.2.2.3 Contenido práctico.....	150
4.2.3 Bloque II: Estrategias dirigidas a la mejora de la comunicación y al desarrollo de las actitudes implicadas en la autoayuda y en la relación interpersonal de ayuda.....	155
4.2.3.1 Objetivos.....	155
4.2.3.2 Contenido teórico.....	156
4.2.3.3 Contenido práctico.....	157
4.2.4 Bloque III: Estrategias dirigidas al aprendizaje y aplicación de recursos cognitivos.....	162
4.2.4.1 Objetivos.....	162
4.2.4.2 Contenido teórico.....	163
4.2.4.3 Contenido práctico.....	164
4.2.5 Bloque IV: Estrategias dirigidas al desarrollo y entrenamiento de técnicas instrumentales y adaptativas.....	170
4.2.5.1 Objetivos.....	170

4.2.5.2 Contenido teórico.....	171
4.2.5.3 Contenido práctico.....	172
4.2.6 Bloque V: Estrategias dirigidas al entrenamiento en las habilidades sociales.....	178
4.2.6.1 Objetivos.....	178
4.2.6.2 Contenido teórico.....	179
4.2.6.3 Contenido práctico.....	180
4.2.7 Ayudas terapéuticas.....	184
4.3 Desarrollo de la intervención: Diario de Sesiones.....	185
4.3.1 Fase previa: Entrevista.....	185
4.3.2 Sesiones correspondientes al Bloque I: Estrategias dirigidas a la prevención y control de estrés.....	186
4.3.3 Sesiones correspondientes al Bloque II: Estrategias dirigidas a la mejora de la comunicación y al desarrollo de actitudes..	187
4.3.4 Sesiones correspondientes al Bloque III: Estrategias dirigidas al aprendizaje y a la aplicación de recursos cognitivos.....	189
4.3.5 Sesiones correspondientes al Bloque IV: Estrategias dirigidas al desarrollo y entrenamiento de técnicas instrumentales y adaptativas.....	190
4.3.6 Sesiones correspondientes al Bloque IV: Estrategias dirigidas al entrenamiento en habilidades sociales.....	191

Capítulo 4

Programa I.R.I.S.: Desarrollo metodológico de un programa de intervención cognitivo- conductual

4.1 Introducción

El programa I.R.I.S. consiste en una **I**ntervención psicológica cognitivo-conductual orientada a fomentar y potenciar **R**ecursos y estrategias de afrontamiento para controlar el estrés, mejorar actitudes **I**ntrapersonales y dotar de las habilidades de relación y **S**ociales necesarias para un mejor desempeño de los individuos. Este programa surge como fruto de una revisión pormenorizada y un estudio exhaustivo de las diferentes estrategias y programas de intervención orientados a prevenir tanto el síndrome de burnout como las patologías derivadas de las alteraciones emocionales presentes en los profesionales sanitarios.

El programa IRIS se constituye como un método de intervención psicológica basado en varios principios:

1. El control del estrés, que ha de realizarse desde: a) el conocimiento pormenorizado de los estresores; b) la detección personal de altos niveles de estrés; c) la desactivación de las respuestas negativas de estrés; y d) la puesta en marcha de las técnicas de relajación acordes para cada momento.
2. El desarrollo personal, que comienza con un cambio de actitudes psicológicas, tanto de actitudes implicadas en la relación de ayuda, como en las actitudes de autoayuda y aquellas necesarias para afrontar los cambios.
3. El entrenamiento en comunicación, que es básico para un óptimo contacto entre personas y para adecuar los sistemas comunicativos a cada espacio de interacción interpersonal potenciándolos en aquellas situaciones en las que se necesite una mejoría.
4. El control de uno mismo o autocontrol emocional, que se hace especialmente necesario para conseguir que uno mismo sea el “actor principal” de la película de su vida, por lo que a este tipo de control es al que hay que dedicarle los mayores esfuerzos.

5. Erradicar las cogniciones distorsionadas, que es clave para nuestra salud emocional. Estas cogniciones se desarrollan en forma de creencias sobre uno mismo y sobre los demás, así como en el diálogo interiorizado de todo aquello que nos sucede, sentimos y/o pensamos.

6. El aprendizaje de técnicas instrumentales operativas, que derivadas del conocimiento de estrategias para solucionar problemas, administrar el tiempo, regular y afrontar conflictos, tomar decisiones y descubrir los motivadores personales, provocan una mejor adaptación al medio social y al ritmo de vida en el que se ve inmerso el individuo.

7. Aprender y entrenar habilidades sociales, que estimulan la capacidad de interaccionar con otros, haciendo que esa interacción sea la más apropiada en cada una de las circunstancias.

8. El apoyo social, que es básico como instrumento terapéutico, de ahí que una intervención de carácter grupal sea condición necesaria para lograr una terapia más beneficiosa.

4.2 Programa de intervención

4.2.1. Generalidades

El programa IRIS se basa en la aplicación de 5 bloques de tratamiento psicológico. En el primer bloque se trabajan las estrategias dirigidas a la prevención y control de estrés; en el segundo, las estrategias dirigidas a la mejora de la comunicación y al desarrollo de las actitudes implicadas en la autoayuda y en la relación interpersonal de ayuda; en el tercero, las estrategias dirigidas al aprendizaje y a la aplicación de recursos cognitivos; en el cuarto bloque, las estrategias dirigidas al desarrollo y entrenamiento de técnicas instrumentales y adaptativas; y en el quinto y último bloque, las estrategias dirigidas al entrenamiento en las habilidades sociales

El programa IRIS consta de 60 horas de tratamiento distribuidas en un total de 20 sesiones de 2,30 horas de duración cada una. Las sesiones pueden tener un carácter semanal o quincenal. Al finalizar cada una de las sesiones se realiza una sesión de relajación de aproximadamente 30 minutos.

La intervención propuesta se lleva a cabo en formato grupal, con 10-15 sujetos por grupo, agrupados por edades y actividad laboral similares. Es importante, sino

imprescindible, fomentar la participación activa de todos los sujetos en todas las sesiones.

La duración total del programa oscila entre los 6 y los 9 meses.

Se establecen evaluaciones al inicio de la intervención, intra-sesiones y al finalizar la terapia, así como al año de finalizar la intervención, momento en el cual se realizará una sesión de refuerzo o de seguimiento en la que se vuelve a juntar a todo el grupo y se comenta como va el proceso, los éxitos, las mejoras y las dificultades.

Las sesiones se distribuyen en: a) revisión de tareas de casa, b) sección didáctica o teórica, c) sección práctica o de aprendizaje de estrategias, y d) sección de asignación de tareas para casa. Presentamos el diario de sesiones –esquema de trabajo- en el Anexo I.

A la parte teórica de la sesión le corresponde aproximadamente un 25% (35-40 minutos) del total de la misma, a la parte dedicada a la puesta en práctica de las diversas estrategias, dinámicas y técnicas instrumentales le corresponde un 60% (90 minutos) y a la revisión y asignación de tareas un 15% (20-25 minutos).

4.2.2 Bloque I: Estrategias dirigidas a la prevención y control de estrés.

4.2.2.1 *Objetivos*

La intervención orientada a la prevención y control del estrés puede dirigirse a los siguientes objetivos:

- a. Eliminar o aliviar las consecuencias de las situaciones potencialmente estresantes.
- b. Modificar variables personales relevantes (patrones de conducta, búsquedas de apoyos sociales, estilos de afrontamiento, recursos y habilidades).
- c. Delimitar, percibir y detallar los estresores laborales, así como los factores de riesgo asociados a unos mayores niveles de estrés.
- d. Reducir las respuestas de estrés, tales como la activación fisiológica, los niveles de ansiedad, de hostilidad y de depresión secundarios al estrés.
- e. Dentro del campo laboral, conocer y aprender estrategias para prevenir y/o afrontar el síndrome de burnout.

4.2.2.2 *Contenido teórico*

El desarrollo teórico global del primer bloque de tratamiento se encuentra orientado a los siguientes contenidos:

- Estrés: Definición de estrés, tipos de estrés, características de las situaciones estresantes, consecuencias del estrés, estresores laborales.
- Síndrome de Burnout: antecedentes históricos, definición y rasgos esenciales, proceso secuencial, incidencia, estímulos antecedentes y consecuencias.
- Estrategias de afrontamiento al estrés: actitud psicológica mediante la tendencia de orientación optimista ante el estrés (compromiso, desafío y control), equilibrio emocional, ser realista con uno mismo, mantener una vida sana (ejercicio físico, descanso apropiado, alimentación adecuada, promover el cambio de ambiente, etc.), introducción a las técnicas de relajación, situación afectiva estable, planificar el tiempo, organizar el trabajo así como el resto de la actividad y sonreír.
- Estrategias de afrontamiento al síndrome de burnout: a) controlar el potencial estresante de la situación a través de la reducción de las demandas del medio, aumentando los recursos personales y realizando ajustes entre demandas y recursos; b) modificar los procesos de apreciación de la situación favoreciendo

las relaciones interpersonales y el apoyo social, y aumentando el control que los individuos creen tener sobre la situación estresante; y c) reducir o contrarrestar el impacto negativo del estrés a nivel individual.

- **Relajación:** Utilidad, aprendizaje, conocimiento y puesta en práctica de la relajación progresiva muscular de Jacobson (1929) en su adaptación realizada por Bernstein y Borkoveck (1973), publicada en Vallejo (1998), la relajación autógena de Schultz (1972) y técnicas para el control de la respiración con especial dedicación a la concentración en la respiración.

4.2.2.3 *Contenido práctico*

La intervención en este primer bloque incluye las siguientes estrategias y dinámicas:

- **Presentación:** Se realiza una dinámica de presentación para conseguir que los componentes del grupo empiecen a conocerse.
- **Lluvia de ideas:** “¿Qué persigo, deseo o quiero asistiendo a las sesiones?”. Se utiliza para esta primera dinámica una pequeña pelota de espuma con el fin de que el sujeto al que le llegue la pelota sea el que hable, y éste la pasará a otro sujeto y así sucesivamente. El uso de la pelota tiene como finalidad romper el

miedo a hablar en público y evitar que los sujetos esperen una secuencia definida correlativamente para que les toque hablar, situación que provoca un importante estrés.

- Palabra rápida: “¿Qué aportaré yo al curso?”. De la misma manera que en la dinámica anterior cada sujeto en una o dos palabras indicará aquello que puede aportar al grupo a lo largo de las sesiones. Es una especie de compromiso público.
- “El agujero negro”. Se entrega una hoja (Anexo II, Hoja 1ª) en el que tras unos 10 minutos de reflexión, cada sujeto ha de escribir todo aquello que sabe que es para él un agujero negro, es decir, sus defectos, cosas que desee cambiar de sí mismo, cosas que no le gustan de sí o que no gustan a alguien cercano a él. Con este ejercicio se pretende un primer proceso de interiorización, en el que por un lado se observe lo que cada uno se ve de negativo y por otro lado se valore lo que otros le ven de negativo.
- Lluvia de ideas: “Siento estrés cuando...”. Siguiendo con el pasapelota cada sujeto comenta las situaciones que le provocan mayores niveles de estrés. Se pretende conocer los estresores más importantes de los sujetos participantes, así como que sigan involucrándose en la participación y en la generación de confianza hacia el grupo. Por otra parte comienzan a reconocerse las similitudes en la mayor parte de los estresores para los distintos sujetos.

- “Scar”: El león de los miedos. Se entrega una hoja (Anexo II, Hoja 2ª) en la que aparece Scar (el león “malo”, hermano de Mufasa de la película “El Rey León”) en el centro y a ambos lados unas tablas en las que se han de escribir, los miedos que se tienen con respecto a las sesiones que están realizando, con respecto al trabajo y con respecto a cualquier otro determinante de sus vidas. Scar significa “cicatriz” y normalmente las cicatrices traen el recuerdo de algo negativo. Con esta dinámica se pretende sacar del recuerdo todo aquello que hace daño, o perjudica con el fin de traerlo a la superficie para desterrar cualquier miedo que tuviera emparejado.
- Técnicas de respiración: se enseñan y se practican las técnicas de respiración 5/7 (concentración en la inspiración contando lentamente hasta 5 y posteriormente en la espiración contando hasta 7), respiración diafragmática y la respiración alterna derivada del yoga. Se pretende conseguir reducir los niveles de activación fisiológica, a la par que disponer de un recurso útil para controlar las situaciones estresantes. Para que sea útil este recurso ha de emplearse con cierta asiduidad, tanto como práctica, y sobre todo como estrategia necesaria tras un desencadenante estresor.
- Se enseñan y practican puntos de acupresión, con el fin de disponer de un recurso más para relajar el cuerpo, a la vez que se puede conseguir una disminución de las tensiones emocionales.

- Gráfica: “Reconocer situaciones de estrés”. Se entrega una gráfica (Anexo II, Hoja 3ª) en la que han de escribir (como tarea para casa) todas aquellas situaciones de estrés que padezcan, indicando el día, hora, fuente de estrés, sentimiento que tiene en esa situación y aquello que hizo en ese momento.
- Relajación muscular progresiva de Bernstein y Borkoveck (1973). Se comentan los beneficios de las técnicas de relajación, así como las diferentes variedades de técnicas existentes. Se realiza en el aula o sala de sesiones una relajación práctica, siguiendo la pauta de estos autores. (Esta relajación es una de las empleadas más habitualmente al finalizar cada una de las sesiones).
- “Eres un Solete”. Se entrega una hoja (Anexo II, Hoja 4ª) en la que la figura central es un sol riéndose. Se pide a los sujetos que escriban en esa hoja todas aquellas virtudes o cosas positivas que conocen de sí mismos. Han de reflexionar en casa sobre sus aspectos positivos y han de preguntar a aquellos con quienes convivan o trabajen que les digan que les ven de positivo. En la siguiente sesión lo comentarán al grupo.
- Lectura del cuento “Espacio, espacio” de Carolina Gorrindo, en Cuentos de Verano. El cuento versa sobre una niña que desea ser mayor a toda costa. Un hada le regala un carrete de hilo dorado para que cada vez que desee ser más mayor tire del hilo. Sin darse cuenta, y por sus deseos de casarse, de tener

hijos, y nietos, acaba malgastando todo el hilo. Por su precipitación no le había sabido sacar a la vida todo el jugo. Pero no era más que un sueño. Se pretende señalar la importancia que tiene el vivir el presente y disfrutar de este presente, pues no habrá otro como este; del mismo modo orientar a vivir una vida sin prisas y no hipotecando la felicidad a lo que ha de venir mañana y que todavía no ha llegado.

- **Dinámica de apoyo social:** A cada sujeto, todos y cada uno de los componentes han de decirle en alto una virtud que sabe que tiene o que intuye que tiene. Se aumenta el sentimiento de pertenencia y confianza en el grupo que ha sido capaz de observar lo que de positivo tiene cada uno.
- **Lluvia de ideas:** “Una virtud mía es...”. Cada sujeto de una forma rápida dirá una virtud propia, aquella de la que se sienta más orgulloso.
- **Dinámica de confianza.** Se realiza un ejercicio por parejas. Uno de los componentes de la pareja se vendará los ojos y se dejará guiar previo control/concentración de la respiración, por el otro, quien le conducirá por entre las sillas, le subirá a las mesas, etc. No podrán hablar entre ellos. Posteriormente se intercambiarán los papeles. Se trata de conseguir que al cabo de unos minutos el que lleve los ojos vendados sea capaz de sentirse relajado y con un nivel alto de confianza en su compañero, a pesar de los obstáculos que encuentre. Al finalizar, se hace una puesta en común en la que

se les pregunta ¿Qué han sentido?, ¿Dónde creen que reside la confianza? ¿Qué pueden hacer para confiar en otros y para que otros confíen en ellos? Se detalla la importancia que tiene la confianza en los otros como factor reductor de estrés, se observa que la ayuda a los demás no perjudica y se favorece el que exista un sentimiento de bienestar en la relación interpersonal.

- Ejercicio de visualización. A través de una relajación autógena se consigue una relajación y posteriormente se inducen pensamientos e imágenes positivas en los participantes. (Esta relajación se utiliza en algunas ocasiones al finalizar las sesiones).

4.2.3 Bloque II: Estrategias dirigidas a la mejora de la comunicación y al desarrollo de las actitudes implicadas en la autoayuda y en la relación interpersonal de ayuda.

4.2.3.1 *Objetivos*

La intervención para mejorar la comunicación y desarrollar nuevas actitudes implicadas en la autoayuda y en la interrelación se dirige a los siguientes objetivos:

- a. Optimizar la relación, identificar preocupaciones, apoyar y motivar.
- b. Conocimiento de las actitudes involucradas en el crecimiento personal y en la relación de ayuda.
- c. Determinar los patrones de conducta positivos y negativos implicados en las estrategias de afrontamiento.
- d. Adecuar la capacidad personal de adaptación a los cambios.
- e. Descubrir los principios básicos en comunicación terapéutica.
- f. Hacer del estilo asertivo de comunicación el canal fundamental del comportamiento comunicativo.

4.2.3.2 *Contenido teórico*

El desarrollo teórico global del segundo bloque de tratamiento se encuentra orientado a los siguientes contenidos:

- Actitudes: actitud en la relación de ayuda, pautas en la labor de asesoramiento, actitud en la interrelación y en la autoayuda, factores que influyen en la actitud (patrones de conducta positivos, patrones de conducta negativos, inteligencia adaptativa), actitudes básicas de los profesionales sanitarios –una visión humanista-, competencia emocional (competencia personal y social) y actitudes necesarias para afrontar los cambios.

- Comunicación: objetivos, reglas de oro en comunicación, facilitadores e inhibidores de la comunicación, supuestos erróneos en comunicación, conductas comunicativas verbales y no verbales y principios de la comunicación terapéutica.
- Asertividad: definición, adecuación y distinción del estilo asertivo en relación con el estilo pasivo y/o el estilo agresivo, entrenamiento en asertividad a través de la identificación de los estilos básicos posibles en toda conducta interpersonal, mediante la identificación de las situaciones en las que se desee aumentar la efectividad, describiendo las escenas del problema, escribiendo un guión a seguir (E.S.C.A.L.A.: Expresar, Señalar, Caracterizar, Adaptar, Limitar y Acentuar/Agradecer), desarrollando un lenguaje corporal adecuado y aprendiendo a evitar la manipulación

4.2.3.3 *Contenido práctico*

La intervención en este segundo bloque de intervención incluye las siguientes estrategias y dinámicas:

- Lectura de la “fábula de la ostra y el pez”, editada en Costa y López (1996). Con esta lectura nos adentramos en el mundo de la comunicación interpersonal y en la actitud en la relación de ayuda.
- “Reconociendo ostras y peces”. Se entrega una hoja (Anexo II, Hoja 5ª) en la que han de especificar en un lado todas aquellas personas (sin nombrarlas) que son facilitadoras de la comunicación (“abre ostras”), y en el otro lado aquellas otras personas que perjudican la comunicación (“cierra ostras”).
- Lectura del libro “¿Quién se ha llevado mi queso?” de Spencer Johnson (2000). Se pretende obtener una visión diferente a la hora de afrontar los cambios, ya que el miedo a los cambios, limita a las personas.
- Lectura de la “fábula del aguilucho”, editada en Costa y López (1996). Con esta fábula se pretende que los sujetos se “abran al mundo” de posibilidades que sus propias potencialidades personales les pueda llevar. Se trabaja la potenciación de recursos, el escenario de la relación interpersonal, el sentido de la eficacia personal, los deseos de cambio que provocan más recursos y más habilidades por el nuevo aprendizaje desarrollado con las nuevas expectativas y por último, el decisivo papel que el mediador tiene en las relaciones interpersonales.

- Canción “Color Esperanza”, escrita por Roberto Sorokin, Cachorro López y Diego Torres (Anexo III, Canción 1ª). Se entrega el texto de la canción para que se pueda leer mientras se escucha. Posteriormente se trabaja con ese texto, subrayando aquellas frases que más les guste o con las que se sientan más identificados los sujetos. Con esta canción se pretende trabajar la aceptación del cambio, el desarrollo de las propias posibilidades, ver la vida de otro color, desde otro punto de vista, etc.
- “Aguiluchos”. Se entrega una hoja (Anexo II, Hoja 6ª) en la que aparecen dos preguntas ¿hasta dónde puedo llegar? y ¿hasta dónde puedo cambiar? Se pretende que los sujetos realicen un ejercicio de reflexión, auto-observación y compromiso con aquello que escriban en la hoja.
- Rol-Playing: “Comunicación en crisis emocionales”. Se trata de interpretar un contacto comunicativo entre un sanitario (sujeto participante) y un enfermo (terapeuta) en situación de crisis, tras haberle sido dado un diagnóstico de gravedad. Los participantes observarán las conductas de ambos individuos (sanitario y enfermo) y registrarán la “evaluación del entrenamiento en comunicación” en una hoja diseñada para tal fin (Anexo II, Hoja 7ª). Se pretende que los sujetos adquieran la capacidad de observar conductas comunicativas positivas y negativas, sabiendo identificar los resultados de las conductas comunicativas. Esta situación se repetirá en la siguiente sesión tras haber trabajado y desarrollado los contenidos específicos a la comunicación.

- “Observando problemas de comunicación”. Se entrega una hoja (Anexo II, Hoja 8ª) en la que han de anotar, hasta la siguiente sesión, todos aquellos problemas de comunicación que observen tanto en su trabajo como en su vida diaria, a la vez que anoten de igual modo las alternativas de solución que estimen oportunas para evitar dichos problemas.

- Dinámicas de comunicación:
 - “Me presento a ti, pero sin palabras”. Por parejas intentarán, sin hablar, decirle al otro: la comida favorita, aficiones y como sería su pareja ideal. Se expone en común lo que han creído entender de la comunicación no verbal que han realizado.

 - “Vamos a hablarnos”. Se trata de que por parejas intenten comunicarse pero sin realizar ningún tipo de gestos. Posteriormente se pondrán en común las dificultades que han encontrado al utilizar tan sólo el lenguaje verbal (si es que han podido).

 - “Dedo a la barbilla”. El terapeuta pedirá que pongan el dedo índice a un metro de la cara y que se concentren en dicho dedo, permaneciendo así durante medio minuto. Posteriormente y de la forma más rápida posible el terapeuta pedirá que le miren a él sin bajar el dedo. En ese momento a la vez que dice “lleaos el dedo a la barbilla”, el llevará su dedo (le están mirando todos) a la nariz en lugar de a la barbilla. Seguramente la mayor parte de los sujetos llevarán su dedo hacia el lugar que han visto ir el dedo

del terapeuta (nariz) en lugar de a la zona donde han escuchado (barbilla).

Con esto podrán comprender que la conducta no verbal tiene más repercusión que la verbal.

- “Pintemos una casa, un árbol y un gato”. Por parejas y sin poder hablar, ambos tomarán un mismo bolígrafo con una mano cada uno sobre el bolígrafo e intentarán hacer esos dibujos. En este caso se pondrá en común quien de los dos ha sido más dominante y que tipo de estrategias han utilizado para poder realizar los dibujos.

- “Reconociendo problemas de comunicación” en el centro sanitario donde trabajen. En esta dinámica cada sujeto expondrá aquellos problemas de comunicación laboral que conoce, ejemplificándolos y aportando mecanismos de mejora.

- Dinámicas de asertividad:
 - “Te saco una tarjeta”. Se entrega a cada participante tres tarjetas (roja, amarilla y verde) que serán utilizadas a lo largo de las restantes sesiones para tras una discusión o una interpelación intra-sesiones o fuera de las sesiones determinar como ha sido el estilo asertivo de los interlocutores (asertivo -tarjeta verde-, pasivo -tarjeta amarilla- o agresivo -tarjeta roja-). Se pretende habituar a los sujetos a determinar si las conductas observadas son apropiadas o no, así como hacer ver a las personas a las que les

muestran las tarjetas si han utilizado un estilo asertivo adecuado a la situación.

- Lluvia de ideas: “En qué situaciones te gustaría ser más asertivo”. Se pretende que cada sujeto exprese aquellas situaciones en las que necesita ser más asertivo.

4.2.4 Bloque III: Estrategias dirigidas al aprendizaje y aplicación de recursos cognitivos.

4.2.4.1 *Objetivos*

La intervención dirigida a la aplicación de estrategias y recursos cognitivos presenta los siguientes objetivos:

- a. Explicar el supuesto teórico de los pensamientos como mediadores del malestar emocional.
- b. Reconocer la irracionalidad de ciertas creencias.
- c. Enfatizar la importancia de cuestionar los pensamientos negativos.
- d. Aprender a evaluar las situaciones de forma realista.
- e. Asimilar internamente técnicas y metodología para auto-controlarse en situaciones específicas.

- f. Potenciar la autoestima como proceso imprescindible para el bienestar emocional.
- g. Hacer positivo, en lo posible, el diálogo interno.

4.2.4.2 *Contenido teórico*

En el tercer bloque de tratamiento se desarrollan los siguientes contenidos teóricos:

- Autocontrol: Etapas del autocontrol (autoobservación, autorregistro, autoevaluación y autorrefuerzo), estrategias de autocontrol (detención de pensamiento y triada de autocontrol), prevención de las conductas de preocupación, afrontamiento de la hostilidad, técnicas de autocontrol (control estimular, programación conductual, etc.).
- Autoestima: Definición, limitadores de la autoestima, origen de la baja autoestima, técnicas para la recuperar autoestima (busca dentro de ti, busca fuera de ti, aspira a lo más alto que tú puedas y planifica el presente).
- Reestructuración cognitiva: Modelo A-B-C de la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1977), distorsión cognitiva, pensamientos automáticos, ideas irracionales, palabras claves, modificación y control del diálogo interno,

terapia racional emotiva y el entrenamiento en autoinstrucciones (Meichenbaum, 1975).

4.2.4.3 *Contenido práctico*

La intervención en este tercer bloque de intervención incluye las siguientes estrategias y dinámicas:

- Lectura de la “fábula de Ulises y el autocontrol”, editada en Costa y López (1996). Con esta fábula se pretende dar a conocer los procesos de autorregulación y de autocontrol, la importancia de los incentivos y de los autocastigos/autocrítica, así como la necesidad de rediseñar los escenarios de actuación a través de cambios en el entorno.
- “El autocontrol del surfista”. Se proyecta en la pantalla una imagen de un surfista sobre una ola, indicando que ha de tener mucho “control” para poder realizar tal exhibición. Se pregunta a los sujetos que cuales creen ellos que han sido los pasos que ha debido realizar para conseguirlo, o que ha necesitado o necesita para seguir haciéndolo. Se realiza un brainstorming (tormenta de ideas), anotando cada una de las ideas en la pizarra y detallando el análogo para el autocontrol emocional.

- “Situaciones de pérdida de control”. Se entrega una hoja (Anexo II, Hoja 9ª) en la que han de registrar aquellas situaciones en las que no hayan podido controlarse, indicando, el día, la hora, ¿qué pasó?, ¿qué hizo?, ¿qué sintió?, ¿qué resultado obtuvo? y si utilizó algún mástil como Ulises en la fábula.
- Proyección de la presentación “Papá no me pegues” (texto en Anexo IV, Presentación 1ª). Se pretende descubrir los orígenes de la baja autoestima. Al mismo tiempo se dan a conocer las “tristes” estadísticas de violencia a niños y violencia de género. Finalizando con una discusión sobre las razones que puedan tener las personas para realizar ciertos actos o para sentirse como se sienten. Concluimos con la aseveración de que quizá podamos llegar a criticar a los otros pero nunca juzgarlos ya que no sabemos que historia personal se oculta detrás de cada persona.
- “Termómetro de autoestima”. Los participantes deben dar una cifra entre 0 y 100 del porcentaje de autoestima que tienen actualmente, indicando, en lo posible, aquello que les impide no llegar al 100%.
- Lluvia de ideas: “Rompe tus cadenas”. Tras leer el cuento “El elefante encadenado” incluido en el libro “Recuentos para Demian” de Jorge Bucay, se pregunta a cada participante sobre cuales son las cadenas que les mantienen atrapados, y si pueden hacer algo para soltarse.

- Dinámica: “Esto me gusta de ti...”. Los participantes, con un folio y un bolígrafo cada uno, se colocan por parejas. Tienen dos minutos para comentar el uno al otro cual es la virtud que resaltarían de su compañero, para posteriormente escribir en su folio lo que se han dicho. Habrá cambios de pareja hasta el momento en que cada uno tenga en su folio escrito todas las virtudes que sus compañeros le han expresado. Para finalizar, cada participante lee en alto lo que le han dicho los demás.
- “Me siento satisfecho de ser...”. Cada participante deberá salir al centro del grupo y deberá decir en alto aquello de lo que se siente más satisfecho u orgulloso (en cuanto a característica de personalidad o rasgo de comportamiento).
- Escribir un diario: “Con cariño te cuento mi vida...”. A todos los participantes se les pide que en casa y hasta la siguiente sesión escriban aquello que deseen, en formato de diario y orientado sobre todo a exponer todo lo positivo que realicen o aquello que les ha producido especial satisfacción, de forma particular o porque alguien les ha felicitado. Esta dinámica pretende seguir buscando lo positivo de cada persona, orientado hacia la autoobservación positiva y hacia la expresión positiva de pensamientos, actitudes, ideas, etc. Se busca potenciar la autoestima, interiorizar pensamientos positivos, y ofrecer experiencias de contacto y de apertura de lo bueno de cada uno.

- Dinámica de Ellis. Se pide a los participantes que cierren los ojos y se concentren en la respiración. Tras unos 2 a 3 minutos, se les pide que piensen en algún secreto oculto, en algo que sólo conocen ellos y nadie más... Antes de abrir los ojos se les comenta que después de abrirlos, uno de ellos, deberá contar al resto que era lo que estaba pensando... Se les pide que abran los ojos y sin decir palabra se les va mirando lentamente uno por uno. Posteriormente se les dice que nadie va a contar nada, pero sí han de contar que han sentido cuando se les comentó a que iban a hacerlo. Se pretende con esta dinámica dar a conocer de forma gráfica la importancia que tienen los pensamientos en los sentimientos de las personas.
- Canción “Sin miedo”, escrita por Rosana Arbelo (Anexo III, Canción 2ª). Dinámica igual que en la anterior canción. Se pretende trabajar la importancia que tiene afrontar los retos, “vivir” y desafiar a la vida sin ese miedo incapacitante que tanto daño hace.
- Proyección de la presentación “13 Líneas para vivir” (texto en Anexo IV, Presentación 2ª). Basada en frases de Gabriel García Márquez, que pueden utilizarse como pensamientos alternativos a ideas irracionales.
- “Buscando distorsiones cognitivas en forma de palabras clave”. Se entrega una hoja (Anexo II, Hoja 10ª) en la que figura una lista de palabras claves de uso común en distorsiones cognitivas. Se pretende que identifique cada

participante si dichas palabras claves son empleadas en ocasiones para expresarse o como diálogo interiorizado. En la siguiente sesión se especificarán cada una de las palabras claves empleadas, se identificarán con su distorsión cognitiva emparejada y se finalizará con las alternativas a emplear para desterrar este tipo de pensamiento y/o discurso cognitivo erróneo.

- Canción “La fuerza de la vida”, escrita por Paolo Vallesi y Giuseppe Dati (Anexo III, Canción 3ª). Dinámica igual que las anteriores canciones. Se pretende trabajar el dolor, el sufrimiento, la tristeza, etc., haciendo ver que la fuerza más potente es la que sale del interior de cada uno. Durante unos minutos han de pensar en cuál fue la fuerza de su vida con la que superaron sus grandes problemas.
- Lectura del cuento de “Las ranitas en la nata” de Jorge Bucay en “Recuentos para Demian”. Se discute la importancia del esfuerzo mantenido, de no abandonar a pesar de las dificultades.
- Proyección de la presentación “La Balsa de la Medusa” (texto en Anexo IV, Presentación 3ª). Se expone un texto basado en la obra pictórica de Gericault que hacía referencia al rescate de una balsa de sobrevivientes de un naufragio. Se pretende trabajar el papel que adopta cada uno en los momentos difíciles,

como dejarse ir, verse arrastrado por otros, ayudar a los que lo necesitan, buscar alternativas, tener esperanza, luchar hasta el final, etc.

- “Rechazo de ideas irracionales”. Se explican los pasos a seguir para rechazar las ideas irracionales y posteriormente se les entrega una hoja (Anexo II, Hoja 11^a) donde han de desarrollar de manera práctica la sustitución de un lenguaje interior distorsionado por otro más adecuado a la situación. En la siguiente sesión se hará una puesta en común.
- “Autoinstrucciones positivas”. Se entrega una hoja (Anexo II, Hoja 12^a) en la que aparecen una relación de frases positivas. Los participantes deben subrayar tres de ellas, las que más se aproximen a su forma de ser o de pensar. Pueden añadir otras si se les ocurre. Posteriormente se realiza una puesta en común.
- Proyección de la presentación “Vivamos” basada en un texto de Pablo Neruda (Anexo IV, Presentación 4^a). Se pretende trabajar la importancia de arriesgar en la vida, de cambiar, de no hacer siempre lo mismo, etc.

4.2.5 Bloque IV: Estrategias dirigidas al desarrollo y entrenamiento de técnicas instrumentales y adaptativas.

4.2.5.1 *Objetivos*

La intervención orientada al desarrollo y entrenamiento de técnicas instrumentales puede dirigirse a los siguientes objetivos:

- a. Facilitar la identificación de soluciones para problemas existentes.
- b. Enseñar habilidades para organizar el tiempo y fijar metas.
- c. Instruir sobre los factores fundamentales incluidos en la motivación.
- d. Potenciar los niveles de competencia y de autodeterminación como capacidad de elección y determinantes de las acciones.
- e. Valorar la disposición motivacional individual.
- f. Conocer el rendimiento grupal y la importancia de la facilitación social.
- g. Afrontar y regular conflictos.
- h. Aprender a ser mediador en conflictos.
- i. Asimilar el proceso y las etapas integradas en la toma de decisiones.

4.2.5.2 Contenido teórico

El desarrollo teórico global del cuarto bloque de intervención se encuentra orientado a los siguientes contenidos:

- Solución de problemas: el método I.D.E.A.L. en la solución de problemas, el papel de las emociones en la solución de problemas, fases del entrenamiento en solución de problemas sociales, la solución de problemas cognitivos interpersonales (método de siete pasos, S.C.I.E.N.C.E., de Mahoney, 1974, publicado en Labrador, Cruzado y Muñoz, 2000), el modelo tridimensional de los problemas (formato de pirámide, una cara representa el porcentaje de responsabilidad propio en la generación y mantenimiento del problema, otra representa la responsabilidad del otro, la tercera representa la responsabilidad de terceras personas y la base de la pirámide representa la importancia de las “fuerzas ocultas”, es decir, otros aspectos que no son controlables y que tienen implicación en el problema).
- Administración del tiempo: Síntomas típicos de la falta de administración del tiempo, método a seguir para controlar el tiempo, establecer prioridades y reglas para ganar tiempo.
- Motivación: Introducción y conceptos, origen, motivación intrínseca y extrínseca, disposición motivacional, aplicación de la motivación en los

cuidados sanitarios, rendimiento y actividad grupal, motivación y calidad. Y la importancia que tiene una sonrisa como motivador principal.

- Regulación de conflictos: definición y tipos de conflictos, estrategias de resolución y la mediación en el conflicto.
- Tomando decisiones: Introducción, estilo y características del decisor, proceso de toma de decisiones, etapas de la decisión, estrategias erróneas de decisión y aprendiendo a tomar decisiones acertadas.

4.2.5.3 *Contenido práctico*

La intervención en este tercer bloque de intervención incluye las siguientes estrategias y dinámicas:

- Dinámicas de solución de problemas. Con estas dinámicas se pretende cambiar la forma de abordar los problemas.
 - “9 puntos”. Se trata de unir 9 puntos (colocados en 3 filas de 3) con 4 líneas dibujadas de manera continua, sin levantar el lápiz del papel y sin pasar dos veces por el mismo punto. Para resolverlo es necesario “salirse” del marco (cuadrado) que subjetivamente creemos que existe

cuando en realidad sólo hay puntos. Somos nosotros mismos quienes nos ponemos los límites a la hora de resolver problemas.

- “Tocar un objeto”. Se trata de realizar dos grupos que compitan para determinar que grupo es capaz de tocar más deprisa un objeto, sabiendo que sólo puede tocarse una vez, y que el objeto no puede pasarse “tirándolo de unos a otros”, el terapeuta comentará que el record está en menos de tres segundos. La solución más rápida es que el que tiene primero el objeto se sitúe en el centro, colocándose el resto alrededor de él con la mano extendida. Posteriormente girará sobre sí mismo haciendo que el objeto toque todas las manos. Para llegar a esta solución se necesita que el grupo se organice y establezcan, antes de pasar a la acción, un proceso de generación de alternativas.
- “El nudo”. En dos grupos, se entrelazarán las manos todos los componentes. Posteriormente sin soltarse deberán deshacer el nudo. La solución es que da igual que el círculo final resultante sea mirando todos fuera, dentro o mixto. Hay grupos que en su pretensión de quedar todos mirando hacia el mismo lado hacen de este problema, un problema irresoluble. Son las mismas personas las que se autoimponen límites que les impiden resolver los problemas.
- Canción “Si pongo corazón”, escrita por Rosana Arbelo (Anexo III, Canción 4ª). Dinámica igual que en las anteriores canciones. Se pretende trabajar la importancia que tiene el “poner todo el empeño” en lo que se hace, ver como

todo cambia si se pone el corazón, flexibilidad para cometer errores y la capacidad para desarrollar las potencialidades.

- Canción “La senda del tiempo”, escrita por Celtas Cortos (Anexo III, Canción 5ª). Dinámica igual que en las anteriores canciones. Se valora la importancia de hacer las cosas con amor, como válvula de escape ante los sentimientos de tristeza y/o desesperación.

- “Organízate un día y una semana”. Se entrega una hoja (Anexo II, Hoja 13ª) en la que deberán organizarse un día y una semana siguiendo los procesos aprendidos en la sesión.

- Canción “Un segundo en el camino”, escrita por los componentes de O.T. 2 (Anexo III, Canción 6ª). Dinámica igual que en las anteriores canciones. Se trabaja la importancia del apoyo del compañero, la necesidad de expresarse para solucionar problemas, animar, motivar al éxito, ayudar en la frustración, el descubrir que el “ahora” es importante.

- “Regálame una sonrisa”. Dinámicas para sonreír:
 - “Globos”: Cada participante inflará un globo, lo atará y se lo fijará al tobillo. Posteriormente deberán hacer explotar el globo del resto de los compañeros, pisándolos, recorriendo toda la sala. “Ganará” el último al que le estallen el globo.

- Se exponen presentaciones que provoquen el humor (frases, videos, curiosidades, etc.).
 - Cada participante deberá contar un chiste o realizar algo gracioso.
 - Canción “Sonríe”, escrita por Rosana Arbelo (Anexo III, Canción 7ª).
Dinámica igual que en las anteriores canciones. Se quiere conseguir que los participantes valoren la importancia real que tiene la sonrisa tanto en los procesos comunicativos, como en los procesos de interrelación, o en las intervenciones en crisis, e incluso en la capacidad personal para desarrollar un estado de ánimo más positivo.
-
- Lluvia de ideas: “Buscando motivadores y desmotivadores”. Los participantes deberán ir anotando en un papel todas aquellas situaciones, personas, hábitos, cosas tangibles, que les provoquen desmotivación o bien que les motiven. En la siguiente sesión se pondrán en común.
 - “La rima de Bécquer”. Se lee detenidamente la Rima XXX de Gustavo Adolfo Bécquer, que estará proyectada en la pantalla. “*Asomaba a sus ojos una lágrima...*”. Con esta dinámica se introduce la sesión correspondiente a la regulación de conflictos, pretendiendo de una manera gráfica dar a conocer como el no afrontar una situación o el no actuar ante un conflicto puede provocar una pérdida importante de oportunidades. Se da a conocer la importancia de hablar y expresar sentimientos.

- “Tu no eres una isla, los demás te necesitan”. A través de un dibujo de un naufrago en una isla desierta se pregunta a los participantes ¿Qué necesitan los demás de ti? Pregunta a la que darán respuesta de manera individualizada y aleatoria. Se pretende valorar la importancia de todos y cada uno de los componentes del grupo.
- “Máquina de escribir distorsionada”. Al igual que en la dinámica anterior se pretende instruir en la importancia que una sola persona puede tener en el grupo. Se proyecta un texto en pantalla en el que por una máquina de escribir defectuosa (la letra O se señala como X, o quiere ser X) un *“textx puedx nx entenderlx si tan sxlx falla una de las teclas, cxn lx cual ahxra sé que, aunque nx sxy más que una persxna, sxy necesaria para que mi equipx funcixne cxmx debería hacerlx txdx buen equipx”*.
- Proyección de la presentación “Asamblea en la carpintería” (texto en Anexo IV, presentación 5ª). En esta dinámica se pretende que los equipos trabajen fijándose en las cualidades y/o fortalezas de cada componente y no buscando los defectos, porque aunque resulte más fácil, es mucho menos productivo.
- “Percepciones erróneas”. Se proyecta una fotografía (un amanecer en África), aunque no se les da ninguna información sobre ella. Se les pide a los participantes que la observen detenidamente durante un minuto y que posteriormente escriban en un papel de 1 a 3 palabras expresando aquello que

sienten, valoran, piensan, con respecto a la fotografía en ese momento. Se pretende por un lado que entre ellos existan diferentes opiniones. Con respecto a lo que han visto unos indicarán algo para ellos evidente (amanecer o atardecer), otros expresarán sentimientos (tristeza, paz, tranquilidad, miedo), e incluso habrá quienes describan la situación (frío, calor, humedad). Con todo ello se pretende que los participantes asuman que incluso con un acto perceptivo claro, real y en el que no debieran existir errores interpretativos puede llevar a que diferentes sujetos expresen diferentes cosas, dependiendo de sus experiencias anteriores, de su situación perceptiva/atencional e incluso de su estado emocional. Podemos llegar a interpretar cualquier dato, aunque no tengamos información suficiente o aunque sepamos que la información que tenemos es distorsionada, es más, e incluso creemos, a pesar de todo ello, que siempre tenemos razón.

- “Ahora es el momento: ve, contacta y regula”. Se entrega una hoja (Anexo II, Hoja 14^a) en la que han de escribir un proceso de mediación en conflicto, ya que se les pedirá que medien en un conflicto importante que conozcan. Evidentemente en la sesión previa se les indicará detalladamente el proceso a seguir para ser “mediadores de conflictos”. Posteriormente lo escribirán y lo presentarán en la siguiente sesión.
- “El tarro de tu vida: piedras, garbanzos, arroz y agua”. Se les entrega una hoja (Anexo II, Hoja 15^a) en la que han de escribir las cosas importantes de su vida,

haciendo el análogo (piedra-importancia máxima; garbanzo-importancia media; arroz-poco importante: agua-tiempo libre/ocio). Previamente se habrá realizado “la dinámica del tarro de tu vida”. Si en un tarro pones primero el “arroz” ya no hay espacio para nada más, quizá sólo para el “agua” pero con el tiempo reventará el tarro, pero si pones primero las “piedras grandes” (familia, salud, etc.), habrá espacio para los “garbanzos” (trabajo, amigos, etc.), e incluso para el “arroz” y el “agua”.

4.2.6 Bloque V: Estrategias dirigidas al entrenamiento en las habilidades sociales

4.2.6.1 *Objetivos*

La intervención dirigida al entrenamiento en habilidades sociales presenta los siguientes objetivos:

- a. Comprender los principios básicos que guían el entrenamiento en habilidades sociales y cada una de sus técnicas.
- b. Adquirir aquellas habilidades que permitan a los sujetos mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito real de actuación.

- c. Aprender a percibir las señales sociales de los demás, a traducir o interpretar el significado de dichas señales, a planificar las posibles alternativas de actuación y a ejecutar la alternativa considerada más adecuada.
- d. Dotar a los participantes de una serie de recursos y estrategias de actuación social positiva, recompensante y gratificadora.

4.2.6.2 *Contenido teórico*

El desarrollo teórico global del quinto bloque de intervención se encuentra orientado a los siguientes contenidos:

- **Habilidades sociales:** Definición, impedimentos y factores inhibitorios.
- **Menú de Habilidades Sociales:** Escuchar activamente, empatizar, resumir, hacer preguntas, ser asertivos, ser recompensantes, acuerdo parcial, transmitir información, ayudar a pensar, elegir el lugar o momento adecuado y preparar la situación, capacidad de control, hacer reír, buscar y generar apoyos sociales.
- **Procedimientos:** defensivos, ofensivos, el arte de decir no y pedir cambios.

4.2.6.3 Contenido práctico

La intervención en este quinto y último bloque, incluye las siguientes estrategias y dinámicas:

- Rol-playing sobre “crisis emocionales” y sobre “conflictos interpersonales”. Se valorará la evolución en respuestas y actitudes comunicativas en relación con el rol-playing anterior (incluido en bloque II), así como la capacidad de observación de los participantes, recogida en la “evaluación del entrenamiento”.
- “La comunicación descompuesta”. Se invita a salir de la sala a tres participantes. El terapeuta cuenta una “historia” (podría ser una reunión de supervisores de unidad a los que el director de enfermería les comunica algunos cambios en gestión, objetivos, etc.) a los participantes. Una vez finalizada escogerá a uno de los oyentes para que sea el encargado de transmitir esa información a uno de los que han salido fuera de la sala, posteriormente este último se lo dirá a otro de los que estaban fuera y este al tercero. Se comprobará la distorsión que puede llegar a sufrir la información verbal.

- Canción “Hoy puede ser un gran día”, escrita por Joan Manuel Serrat (Anexo III, Canción 8ª). Dinámica igual que en anteriores canciones. Se trata de discutir sobre la fuerza que tiene el ser positivos y el vivir el presente.

- “Ser recompensantes: investigando resultados valiosos”. Se entrega una hoja (Anexo II, Hoja 16ª) en la que han de valorar y “descubrir” en los demás actitudes, comportamientos, acciones que hayan sido positivas, para nada más identificarlas haciéndolo saber a la persona que lo ha realizado, felicitándole por ello.

- “Transmitir información”: Dinámica en la que se trabajan los principales aspectos implicados en la transmisión de la información (la información ha de ser percibida, interpretada de la misma manera, ha de tener un sentido, ha de ser adecuada, debe estar bien estructurada y debe ser clara, precisa y ajustada al interlocutor). Para conseguir adecuar estos puntos anteriores se realizan las siguientes dinámicas:
 - Se recuerda la fotografía del amanecer de África (percepción).
 - Se proyectan durante 1 minuto dos figuras de 10 líneas (una figura tiene las 10 líneas descolocadas y la otra figura las 10 líneas forman tres cuadrados unidos), pidiendo a los participantes que las dibujen de memoria en un papel. Se observa, evidentemente, que aun siendo la misma información (10 líneas), se recuerda mejor la segunda figura por que está estructurada y tiene un sentido.

- Se exponen una serie de anagramas y letras en formato arial, tamaño 10, en las que no se observa nada inteligible. Al cambiar el formato de letra a courier news, y tamaño 8, aparece la figura de Ghandi. Con ello pretendemos que los participantes de una manera objetiva valoren que la información ha de ser clara y ajustada al interlocutor. Al cambiar el escenario, la forma y la intensidad del discurso, nuestra comunicación puede llegar a ser entendida.
- Canción “Bonito”, escrita por Pau Dones (Anexo III, Canción 9ª). Dinámica igual que en anteriores canciones. El optimismo y lo positivo en grado máximo.
- Proyección de las presentaciones “Amistad” y “Lección sabia del Rey León” (textos en Anexo IV, Presentaciones 6ª y 7ª respectivamente). Se valora la importancia de la amistad y del compañerismo en el ámbito laboral, con el fin de fomentar óptimas relaciones sociales.
- Dinámica “Nos vamos de vacaciones”. A cada participante se le indica que le ha tocado un premio, un viaje. Para disfrutarlo tan sólo tienen que en ese mismo momento indicar como sería ese viaje de sus sueños (dónde irían, con quién, qué verían, qué comprarían, etc.). Se pretende dotar de un recurso para hacer “reales” los sueños, o para al menos soñar.

- “He mejorado en...”. Se entrega una hoja (Anexo II, Hoja 17^a) en la que se ha de escribir aquello en lo que los participantes creen que hayan mejorado desde que iniciaron las sesiones de intervención.
- Lluvia de ideas: “Qué mejoras has notado en tus compañeros” Se trata de que se identifiquen las mejoras acaecidas en todos los componentes del grupo, explicitadas por aquellos con los que han compartido un tiempo a lo largo de 6-9 meses.
- Canción “La vida sigue igual”, en versión de La Loca María (Anexo III, Canción 10^a). Dinámica igual que anteriores canciones. Se identifican situaciones por las que hay que luchar, por las que hay que vivir.
- Proyección de la presentación “Una de sapitos” (texto en Anexo IV, Presentación 8^a). Se trabaja la importancia que tiene el seguir adelante, el intentarlo otra vez, el ser “sordos” a todos aquellos que nos limitan o nos perjudican.
- Proyección de la presentación “El tren de la vida” (texto en Anexo IV, Presentación 9^a). Con la metáfora de un tren se intentan establecer las actitudes necesarias para una mejor adecuación social y personal a la vida.

4.2.7 Ayudas terapéuticas.

El programa I.R.I.S. se completa con:

1. Lectura de libros de autoayuda (Índice en Anexo V) que se ponen a disposición de los participantes. (A lo largo de la intervención realizada en nuestro estudio empírico, los participantes se han leído, entre todos, alrededor de 350 libros).
2. Dossier Docente. A todos los participantes de las sesiones se les entrega un manual didáctico de 150 páginas, elaborado con los contenidos teóricos desarrollados durante todas las sesiones.
3. Cuentos y reflexiones. Tras la sesión nº 10, se entrega a los participantes un libro de 75 páginas con una recopilación de ochenta y siete cuentos y reflexiones de autoayuda de autores como Paulo Coelho, Tomás Iriarte, Anthony de Mello, Ludy Mellt Sekher, Poldy Bird, Canfield y Hansen, Chao-Hsui-Chen, Jorge Bucay, Carlos Ruy, José Luis Borges, Gabriel García Márquez, José María García Ríos, Enrique Mariscal, Castaneda, Osho, Leo Buscaglia y Kahlil Gibran, entre otros.

4.3 Desarrollo de la intervención: Diario de Sesiones

4.3.1 Fase previa: Entrevista

El programa, previa evaluación con diferentes escalas y cuestionarios de medida (Maslach Burnout Inventory, Escala Magallanes de Estrés, Inventario de Depresión de Beck, Encuesta para Diagnosticar el Estrés Laboral, Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo, Escala de Actitudes Disfuncionales y Escalas de Adjetivos Interpersonales) comenzará con una entrevista personalizada con cada sujeto participante, con los siguientes objetivos:

- a. Explicar los contenidos que se tratarán en las sesiones de la terapia.
- b. Abordar los miedos de los sujetos para formar parte de un grupo.
- c. Señalar las ventajas que tiene la modalidad grupal.
- d. Establecer un acuerdo sobre los aspectos específicos de los problemas de cada sujeto.
- e. Comentar las normas de obligado cumplimiento y de funcionamiento del grupo: confidencialidad, asistencia, puntualidad, realización de las tareas para casa, compromiso, responsabilidad, etc.

En los siguientes apartados, queremos de una manera sinóptica, por medio de tablas, explicitar detalladamente el cronograma de sesiones que completan el programa de intervención psicológica I.R.I.S.

4.3.2 Sesiones correspondientes al Bloque I: Estrategias dirigidas a la prevención y control de estrés.

Tabla 4.1 Sesión 1. Presentación y objetivos

	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
Presentación	<ul style="list-style-type: none"> · Cronograma · Objetivos · Recordar normas de funcionamiento. · Explicar las bases del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> · Lluvia de ideas: “¿Qué persigo, deseo o quiero asistiendo a las sesiones?” · El “Agujero negro” 	<ul style="list-style-type: none"> · Llevar a casa el “agujero negro” y seguir apuntando hasta la siguiente sesión

Tabla 4.2 Sesión 2. Estrés y Síndrome de Burnout

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
<ul style="list-style-type: none"> · Revisar y comentar el “Agujero negro” 	<ul style="list-style-type: none"> · El estrés: definición, tipos, características consecuencias. · Introducción al Burnout 	<ul style="list-style-type: none"> · Lluvia de ideas: “Siento estrés cuando...”. · “SCAR”. El león de los miedos · Acupresión y técnicas de respiración (5/7; diafragmática, yoga) 	<ul style="list-style-type: none"> · Gráfica “Reconocer situaciones de estrés”. · Entregar fotocopias de relajación para práctica. · Entregar SCAR para seguir completando.

Tabla 4.3 Sesión 3. Afrontamiento del estrés

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
<ul style="list-style-type: none"> · Gráfica estrés · Práctica de relajación y Ensayo en respiración. · Acupresión. · Revisar y comentar “SCAR” 	<ul style="list-style-type: none"> · Estrategias de afrontamiento generales. · Afrontamiento del Burnout. · Relajación progresiva de Jacobson. 	<ul style="list-style-type: none"> · Ensayo en relajación progresiva de Jacobson modificada · “Eres un SOLete” · Leer Cuento “Espacio, espacio” 	<ul style="list-style-type: none"> · Practicar relajación muscular progresiva. · Seguir escribiendo en “Eres un SOLete” · Entregar Dossier de Estrés.

Tabla 4.4 Sesión 4. Biofeedback +: Confianza, Relajación y Apoyo social

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
<ul style="list-style-type: none"> · ¿Se ha practicado la relajación? · Revisar y comentar “Eres un SOLete” 	<ul style="list-style-type: none"> · Tipos de relajación: progresiva muscular, autógena de Schultz, control de la respiración, visualización. 	<ul style="list-style-type: none"> · Lluvia de ideas: feedback + Virtud propia.+ ¿qué te gusta de.....? · Ejercicio de visualización y de relajación autógena. · Práctica con método rápido de relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> · Practicar relajación en casa.

4.3.3 Sesiones correspondientes al Bloque II: Estrategias dirigidas a la mejora de la comunicación y al desarrollo de las actitudes.

Tabla 4.5 Sesión 5. Actitudes en la relación de ayuda

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
<ul style="list-style-type: none"> · ¿Se ha practicado la relajación? 	<ul style="list-style-type: none"> · Actitud en la relación · Patrones de conducta + y -, inteligencia adaptativa · Actitudes básicas de los profesionales sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> · Relajación rápida · Dinámica de confianza · Fábula de la ostra y el pez. · Dinámica ¿Eres ostra o pez? 	<ul style="list-style-type: none"> · Reconocer ostras y peces. · Lectura: ¿Quién se ha llevado mi queso?

Tabla 4.6 Sesión 6. Actitudes en la autoayuda y para el cambio

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
<ul style="list-style-type: none"> · ¿Se ha leído el cuento abreviado “Quién se ha llevado mi queso”? 	<ul style="list-style-type: none"> · Competencia emocional · Actitud en la autoayuda · Actitud para el cambio 	<ul style="list-style-type: none"> · Fábula del aguilucho. · Canción: “Color esperanza” 	<ul style="list-style-type: none"> · Revisión interior de posibilidades, “el aguilucho” · Entregar Dossier de actitudes

Tabla 4.7 Sesión 7. Comunicación: generalidades y objetivos

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
Revisar y comentar “Aguilucho”.	<ul style="list-style-type: none"> · Objetivos · Reglas de oro · Inhibidores: Lista cierraostras · Facilitadores: Lista abreostras. 	<ul style="list-style-type: none"> · Rol-playing sobre intervención en crisis + Evaluación del entrenamiento 	<ul style="list-style-type: none"> · Identificar y anotar cierra ostras y abreostras

Tabla 4.8 Sesión 8. Comunicación: conducta verbal y no verbal

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
Cierra y abre ostras	<ul style="list-style-type: none"> · Conducta verbal. · Conducta no verbal. · El mundo de los gestos. · Errores. · Axiomas. · Manejo usuarios · Comunicación terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> · Dinámicas de comunicación · Rol-playing: Igual que anterior, valorar cambios. · Reconocer problemas de comunicación en el hospital ¿Cómo mejorar? 	<ul style="list-style-type: none"> · Entregar Dossier de Comunicación · Observar y anotar problemas comunicativos

Tabla 4.9 Sesión 9. Asertividad

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
Evaluación de procesos y problemas comunicativos	<ul style="list-style-type: none"> · Definición · Entrenamiento asertivo · ESCALA · Lenguaje corporal · Estrategias asertivas · Estrategias para bloquear 	<ul style="list-style-type: none"> · ¿En qué situaciones te gustaría ser más asertivo? · Casos prácticos con tres tarjetas + lenguaje corporal · Derechos asertivos básicos 	<ul style="list-style-type: none"> · Entregar Dossier de Asertividad · “Te saco una tarjeta”

4.3.4 Sesiones correspondientes al Bloque III: Estrategias dirigidas al aprendizaje y a la aplicación de recursos cognitivos.

Tabla 4.10 Sesión 10. Autocontrol

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
¿Cuántas tarjetas has sacado? y ¿a quienes? y ¿por qué? ¿Has sido asertivo?	<ul style="list-style-type: none"> · Etapas del autocontrol. · Estrategias de autocontrol. · Afrontamiento de la hostilidad · Técnicas de autocontrol 	<ul style="list-style-type: none"> · Fábula de Ulises. · El autocontrol del Surfista. 	<ul style="list-style-type: none"> · Autorregistro de pérdida de control emocional · Dossier autocontrol · Entregar: “Cuentos y Reflexiones”

Tabla 4.11 Sesión 11. Autoestima

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
Evaluar autorregistro de pérdida de control.	<ul style="list-style-type: none"> · ¿Qué es autoestima? · ¿De que depende? · “Papa no me pegues” · ¿Cómo es la baja y la alta Autoestima? · ¿Cómo recuperarla? 	<ul style="list-style-type: none"> · Termómetro de la autoestima (0 a 100) · ¿Qué te impide tener más autoestima? · Rompe tus cadenas · “Esto me gusta de ti” · “Me siento satisfecho de ser...” 	<ul style="list-style-type: none"> · Escribir Diario: “Con cariño te cuento mi vida” · Dossier autoestima

Tabla 4.12 Sesión 12. Reestructuración cognitiva-Terapia Racional Emotiva

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
Lectura del diario “Con cariño te cuento mi vida”	<ul style="list-style-type: none"> · Terapia Racional Emotiva. · Modelo A-B-C · Distorsión cognitiva · Ideas Irracionales · El mundo de las preocupaciones 	<ul style="list-style-type: none"> · Dinámica de Ellis para influencia de pensamiento. · Canción “Sin miedo” de Rosanna. · Gabriel G^a Márquez (13 líneas) 	<ul style="list-style-type: none"> · Busca tus distorsiones cognitivas en forma de palabras claves.

Tabla 4.13 Sesión 13. Autoinstrucciones-Control del diálogo interno

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
Palabras claves. ¿Cuáles utilizas?	· Distorsiones cognitivas, palabras claves y alternativas. · Entrenamiento en auto- instrucciones y en el control del diálogo interno.	· Canción: La fuerza de la vida · Cuento de las ranitas en la nata · “Balsa de la Medusa”	· Autoinstrucciones positivas · Rechazo de Ideas Irracionales · Dossier · Reestructuración cognitiva

4.3.5 Sesiones correspondientes al Bloque IV: Estrategias dirigidas al desarrollo y entrenamiento de técnicas instrumentales y adaptativas.

Tabla 4.14 Sesión 14. Solución de problemas-Administración del tiempo

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
Tus autoinstrucciones positivas + Rechazo de ideas irracionales	· Resumen final reestructuración cognitiva · Métodos de solución de problemas · Administración del tiempo	· Vivamos de Pablo Neruda · Dinámicas de solución de problemas individual y grupal · Canción “Si pongo corazón” · Canción “La senda del tiempo”	· Organízate un día y una semana · Entregar Dossier de Solución de problemas y administración del tiempo · Entregar texto de la canción “Un segundo en el camino”

Tabla 4.15 Sesión 15. Motivación

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
Organización (día-semana) Canción: “Un segundo en el camino”	· Definición, Origen y factores. · Importancia de las metas. Grupo versus individuo. · Valoración disposicional · Intervención. · Rendimiento grupal. · Motivación y calidad	· No hay nada que más motive que una sonrisa. · Canción “Sonrie” · “Regálame una sonrisa” Dinámicas para sonreír.	· ¿Qué me desmotiva? · ¿Quién o quienes me desmotivan? · Entregar Dossier de motivación

Tabla 4.16 Sesión 16. Regulación de conflictos

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
A propósito de la motivación: motivadores y desmotivadores	<ul style="list-style-type: none"> · El conflicto, tipos, estrategias. · Mediadores de conflictos · Intervención en crisis. 	<ul style="list-style-type: none"> · Rima de Bécquer · “Asamblea en la carpintería” · Tu no eres una isla · ¿Qué necesitan los demás de ti? · Máquina de escribir, trabajo en equipo · Percepciones: fotografía y distorsión datos o falta de información 	<ul style="list-style-type: none"> · Ahora es el momento: Ve, contacta, regula, escríbelo y refuézate. · Se entrega Dossier de Regulación de conflictos

Tabla 4.17 Sesión 17. Afrontamiento de conflictos y toma de decisiones

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
¿Has regulado o resuelto algún conflicto: personal o de otros?	<ul style="list-style-type: none"> · Hostilidad · Crisis emocionales · Toma de decisiones · Aprendiendo a tomar decisiones 	<ul style="list-style-type: none"> · Dinámicas de cambio de paradigma: “El tarro de tu vida: Piedras, garbanzos, arroz y agua” 	<ul style="list-style-type: none"> · ¿Cuál es son tus piedras, garbanzos, arroz y agua?

4.3.6 Sesiones correspondientes al Bloque V: Estrategias dirigidas al entrenamiento en habilidades sociales

Tabla 4.18 Sesión 18. Entrenamiento en Habilidades Sociales I

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
¿Piedras, garbanzos, arroz y agua?	<ul style="list-style-type: none"> · HHSS ¿qué es? ¿Por qué no somos habilidosos? · Como mejorar · Menú Habilidades I 	<ul style="list-style-type: none"> · Rol playing ¿mejoras? · La comunicación descompuesta · Elementos inducción de autoestima · Canción “Hoy puede ser un gran día” 	<ul style="list-style-type: none"> · Ser recompensante Investigando resultados valiosos (Practica en tu vida y cuéntanos)

Tabla 4.19 Sesión 19. Entrenamiento en Habilidades Sociales II

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
¿Has sido recompensante?	<ul style="list-style-type: none"> · Menú Habilidades II. · Aprendiendo a ser tu misma · Vence la timidez: confía en tí 	<ul style="list-style-type: none"> · Canción: “Bonito” y nada tan bonito como la amistad... · “La amistad” · Lección sabia del rey león “Timón y Pumba” · Nos vamos de vacaciones 	<ul style="list-style-type: none"> · “He mejorado en...” · Entregar dossier de Inteligencia emocional

Tabla 4.20: Sesión 20. Entrenamiento en Habilidades Sociales III

Revisión de tareas de casa	Sección didáctica	Sección práctica	Tareas para casa
¿En qué he mejorado? ¿Qué me falta por mejorar?	<ul style="list-style-type: none"> · El arte de informar · Procedimientos ofensivos y defensivos · Petición de cambios · El arte de decir NO + reflexiones en cuentos · Signos de autoestima elevada · Transformación eficaz · Vivir el presente 	<ul style="list-style-type: none"> · ¿Qué mejoras has notado en tus compañeros? · Canción: “La vida sigue igual” · “Una de sapitos” · “El tren de la vida” 	<ul style="list-style-type: none"> · Entregar CD: “Canciones para escuchar con el corazón” · Entregar Dossier de HHSS

Capítulo 5

Discusión del desarrollo teórico

Capítulo 5

Discusión del desarrollo teórico

En este capítulo discutiremos, a modo de resumen, los contenidos a los que hemos hecho referencia en el desarrollo teórico de nuestra Tesis Doctoral.

El estrés laboral aparece cuando como consecuencia del contenido o la intensidad de las demandas laborales o por problemas de índole organizacional, el trabajador comienza a experimentar vivencias negativas asociadas al contexto laboral, entre la que destacan: apatía por el trabajo, astenia, dificultades en las relaciones interpersonales, disminución en el rendimiento laboral, tristeza, depresión, síntomas psicósomáticos que pueden llegar a generar la aparición de determinados trastornos psicofisiológicos, al igual que una marcada insatisfacción laboral. El síndrome de burnout surgiría entonces, cuando el trabajador no dispusiera de las estrategias y/o recursos necesarios para afrontar este estrés laboral, o cuando dicho estrés superase su capacidad de afrontamiento.

La tensión o estrés laboral puede controlarse bien modificando directamente la activación fisiológica inicial y su mantenimiento, o modificando los efectos que los pensamientos, situaciones o conductas, tienen sobre ellas. Y como dice

Labrador (1992), en el primer caso, porque se controla directamente la propia activación del organismo, en el segundo, porque se reducen los agentes que instigan su aparición.

Y no sólo esta falta de recursos para afrontar el estrés provocaría este síndrome, sino que además y siguiendo a Guerrero (2003),

“La exposición a estresores, la experiencia de estrés y el modo de afrontarlo (afrontamiento o coping) juegan un papel importante como componentes mediadores en la aparición y/o agravamiento de una amplia gama de patologías” (pág.1).

Estas patologías que podrían aparecer o verse agravadas serían entre otras, la ansiedad y la depresión principalmente.

Florez-Lozano (1994, 2003) comenta que los profesionales sanitarios pueden verse afectados por este síndrome de burnout como una claudicación frente al estrés, consecuencia del fracaso de las estrategias de afrontamiento y que va a afectar a su bienestar físico, psicológico y social. Estamos de acuerdo en que uno de los rasgos significativos en este síndrome que amenaza la salud de nuestros trabajadores sanitarios, es el “vacío de sentido” en el que se hunde el individuo; el “vacío” en ausencia de realización (autorrealización) y que aleja a los profesionales sanitarios de una existencia realmente auténtica.

Tanto el concepto de sí mismo como el de autoestima se ven sensiblemente deteriorados como consecuencia de la inadaptación progresiva del trabajador al medio laboral, así como de insatisfacción en el equilibrio social, en la valoración personal, en la comunicación, en la flexibilidad, en la capacidad de decisión y de participación, en la carga laboral, en la falta de autonomía, en la ausencia de expectativas, de promoción y de realización personal, etc., lo que da lugar a un sentimiento generalizado de importante frustración. De ahí, que la intervención deba ir orientada no sólo a controlar el estrés, sino a desarrollar todas aquellas estrategias cognitivas y/o conductuales necesarias para una mejora en su propio desarrollo personal.

Mingote y Pérez (1999), se refieren al síndrome de burnout (para ellos “desgaste profesional”) como un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos necesarios para el afrontamiento de las numerosas demandas que implican el trabajo continuo con los pacientes y los familiares. Definición que ampliamos comentando que ese fracaso también puede sobrevenir al no disponer de los recursos apropiados y no sólo por el agotamiento de recursos.

Con estos antecedentes, podríamos resumir que la gestión preventiva del estrés a nivel individual y de sus patologías asociadas o concomitantes, debiera ir:

a) Dirigida a los factores de estrés, lo que incluye adaptaciones reales de la gestión empresarial como las condiciones personales de trabajo, planificación y gestión del tiempo, apoyo social, etc.

b) Dirigida a la respuesta, lo que incluye la percepción del estrés, la modificación de estilos de vida patógenos, ejercicios de relajación, válvulas de escape emocional, potenciación de los recursos personales, reestructuración cognitiva, modificación de pensamientos irracionales por otros más acordes a la situación, dar salida a las emociones, gestión del estilo de vida como el ejercicio físico, una alimentación sana, equilibrio entre trabajo y ocio, etc.

c) Dirigida a los síntomas, lo que incluye un asesoramiento en materia de la carrera profesional, el apoyo psicológico, el poder comentar acontecimientos traumáticos y la asistencia psicológica.

En cuanto a este último punto hemos de reseñar que existe un vacío asistencial dirigido al trabajador en cuanto a sus necesidades psicológicas y/o emocionales por parte de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales, vacío que sólo puede ser paliado en parte a través del apoyo social en todas sus vertientes y condicionantes, por lo que es un objetivo clave de cualquier programa que desee intervenir en la reducción de los niveles de estrés y por ende en la reducción de los niveles de burnout, el desarrollar redes de interconexión entre trabajadores, fuertes puntos de enlace y de ayuda personal a través de dicho apoyo social.

Hemos revisado la literatura científica con respecto al tema y hemos encontrado que a pesar de existir una gran producción en cuanto a definiciones, consecuencias y modelos teóricos que explican el burnout en asociación al estrés laboral, así como numerosos estudios que lo enmarcan como una patología a tener en cuenta, se pone de manifiesto la escasez de programas de prevención e intervención para paliar los efectos del síndrome de burnout.

El síndrome de burnout es una patología que afecta a individuos, pero con importantes orígenes institucionales y repercusiones organizacionales, por lo que pensamos que el foco no debe estar puesto en el tratamiento de la enfermedad una vez instalado el síndrome, sino en la prevención que debe ser dirigida especialmente al individuo, pero que además ha de ser completada con cambios en las instituciones que ya que se ocupan de la salud de la población, por que se olvidan de la salud de sus trabajadores. Dichos cambios debieran ser no sólo estructurales (formas y ritmo de trabajo, turnos, rotaciones, ambiente laboral, etc.), sino también de una visión de conjunto de las necesidades de los trabajadores en cuanto a la prevención de “riesgos” emocionales al mismo nivel que la protección dirigida a los riesgos, físicos, biológicos, químicos, etc.

En España, la actual Ley de Prevención de Riesgos Laborales (B.O.E. 10-11-1995), al reconocer la organización y la ordenación del trabajo como condiciones de trabajo susceptibles de producir riesgos laborales, incorpora la necesidad de diagnosticar y prevenir los riesgos psicosociales con el objetivo de erradicarlos y

ofrecer entornos laborales más saludables. Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral, el síndrome de burnout, la ansiedad y la depresión ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, y fuente de accidentabilidad y absentismo. Esta situación no puede pasar inadvertida para los administradores de recursos humanos de los diferentes sectores laborales, especialmente el sanitario, ni para los nuevos servicios de prevención creados por la administración sanitaria, que deben conocer el proceso de este fenómeno y las estrategias para la intervención.

Especialmente aclaratoria con respecto a la prevención, o mejor dicho “poca” prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo es la cita de Moreno (2000) como editorial en la revista “*Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*”:

“Tan extraño es negar la relevancia de los factores psicosociales en la seguridad y salud en el trabajo como concederles prácticamente la importancia que teóricamente se les reconoce. Es la paradoja de los factores psicosociales. De alguna forma son elementos ubicuos, omnipresentes en todos los procesos que afectan a la seguridad y a la salud en el trabajo, pero al mismo tiempo son, en la mayoría de los casos, sutiles y con una carga de imprecisión que hace difícil su concreción, evaluación, manejo y operativización. Precisamente por ello su estudio e investigación resulta tan urgente como difícil de acometer... La atención a los factores psicosociales

en la prevención de riesgos laborales no es un lujo de última instancia, sino una necesidad de primer grado” (pp. 3 y 4).

No olvidemos que existen condicionantes especiales que hacen del trabajador en labores asistenciales un “blanco” fácil para cualquier patología derivada del estrés, en conjunción con una falta de recursos para afrontarlo y que es del todo difícil poderlo paliar ni siquiera a través de cambios organizativos. Ya que existen circunstancias que difícilmente podrán ser modificadas, tales como el hecho del trabajo nocturno, bien sea a turnos o de manera continuada y la prestación de asistencia sanitaria que tiene implicaciones emocionales imprescindibles y absolutamente necesarias. Y sin olvidar que se producen cambios bien paulatinos o bien repentinos en los métodos y estrategias profesionales de abordaje terapéutico, diagnóstico, preventivo, tecnológico, etc. Además están los contactos interpersonales conflictivos y ambiguos, exposiciones a “riesgos” especialmente psicológicos tales como ansiedad, depresión, agotamiento emocional, despersonalización, así como una falta de realización personal debida a la fatiga, a la frustración, a la imposibilidad o dificultad de desarrollo personal y/o laboral. Factores todos ellos que nos conducen a una afirmación:

“Las estrategias preventivas han de estar orientadas de manera clara, evidente y absolutamente necesaria al individuo, para de esta manera dotarle de los recursos psicológicos de afrontamiento necesarios para su desempeño laboral”.

Pero no sólo hemos de referirnos a la necesidad de la “creación” de dichas estrategias, sino que debemos explicitarlas e implementarlas, es decir, si ya hemos tomado la decisión de actuar sobre el síndrome de burnout y sobre las disfunciones emocionales relacionadas, actuemos, dejémonos de definiciones y dediquémonos a prevenir y/o a reducir dichas alteraciones.

Por ello, hemos elaborado un programa de intervención cognitivo-conductual, el programa I.R.I.S. que surge por esta necesidad de actuar, con el fin de controlar el estrés y de mejorar las disfunciones emocionales y las habilidades de relación necesarias para un mejor desempeño social y por ende laboral. Quizá podamos reducir los niveles de burnout y podamos mejorar las disfunciones emocionales de los trabajadores, pero sólo lo sabremos si nos ponemos en acción.

Finalizamos este Desarrollo Teórico parafraseando el párrafo introductorio de Freudenberg que aparecía en nuestra Introducción General (p.3):

“Si no quieres ver como el fuego consume tus estructuras no enciendas la mecha, que siempre está dispuesta a arder, ni estés próximo a quienes la encienden repetidamente, en todo caso recuerda que no estás solo... No dejes arder tus recursos internos, Ulises no lo hubiera hecho.”

III. DESARROLLO EMPÍRICO

Capítulo 6

Material y método

6.1 Preguntas, objetivos e hipótesis de la investigación.....	207
6.1.1 Preguntas de investigación.....	207
6.1.2 Objetivos.....	209
6.1.3 Hipótesis de investigación relacionadas con los objetivos.....	210
6.2 Descripción de los participantes.....	213
6.3 Descripción de los instrumentos.....	215
6.3.1 Maslach Burnout Inventory (M.B.I.).....	216
6.3.2 Escala de Actitudes Disfuncionales (D.A.S.).....	223
6.3.3 Escala Magallanes de Estrés (E.M.E.S.T.).....	227
6.3.4 Encuesta para Diagnosticar el Estrés Laboral (E.D.E.).....	229
6.3.5 Beck Depresión Inventory (B.D.I.).....	232
6.3.6 Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (S.T.A.I.).....	234
6.3.7 Escala de Adjetivos Interpersonales (I.A.S.).....	236
6.4 Descripción de las variables.....	241
6.5 Diseño de la investigación.....	244
6.6 Procedimiento.....	245
6.6.1 Fase 1: Fase previa y de negociación con Dirección de Enfermería.....	245
6.6.2 Fase 2: Diseño y temporalidad de los grupos experimentales.	248
6.6.3 Fase 3: Aplicación del programa I.R.I.S.....	249
6.6.4 Fase 4: Evaluación post-intervención y entrega de Diplomas Acreditativos.....	250

6.6.5 Fase 5: Evaluación de seguimiento del grupo experimental...	250
6.6.6 Fase 6: Consentimiento Informado y entrega de Informe Psicológico Individualizado.....	251
6.7 Análisis estadístico.....	252

Capítulo 6

Material y Método

6.1 Preguntas, objetivos e hipótesis de la investigación.

6.1.1 Preguntas de investigación

En el desarrollo teórico expuesto en capítulos anteriores, se ha podido objetivar a través de diferentes estudios experimentales, propuestas de investigación y programas de intervención, la importancia que tiene no ya el estrés laboral sino, sobre todo, la inadaptación al mismo. Falta de adaptación, que en numerosas ocasiones, provoca y/o agrava una serie de patologías que repercuten negativamente en la salud emocional de los trabajadores. Nuestra Tesis Doctoral surge con el fin de dar, no ya respuestas a la problemática de los profesionales sanitarios, sino ir más allá e intentar ofrecer una solución terapéutica que repercuta beneficiosamente en la salud mental y emocional de uno de los colectivos más afectados por el síndrome de burnout y sus disfunciones emocionales asociadas o concomitantes.

Con esta finalidad, nos planteamos las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son las relaciones existentes entre burnout, estrés laboral, intensidad de respuestas de estrés, ansiedad, depresión y actitud psicológica disfuncional?
2. ¿Es eficaz la aplicación del programa I.R.I.S. en la reducción de los niveles de burnout, de la intensidad de respuestas de estrés, de los niveles de ansiedad, de depresión y en la mejora de las actitudes psicológicas disfuncionales de los profesionales sanitarios no facultativos?
3. ¿Si fuera eficaz el programa IRIS obtendrán mejores resultados los sujetos experimentales que asistan con asiduidad a las sesiones de relajación y aquellos que realicen la intervención completa de 20 sesiones?
4. ¿Qué Estilo de Conducta Interpersonal de los sujetos experimentales se relaciona con niveles elevados de burnout, intensidad de respuesta de estrés, ansiedad, depresión y actitud psicológica disfuncional y con respecto a esos estilos de conducta que sujetos experimentales obtendrían mejores resultados con el programa IRIS?
5. ¿Si hubiera cambios en cuánto a reducción de los niveles de burnout y mejora de las disfunciones emocionales tras la intervención realizada con el

programa I.R.I.S. se mantendrán transcurrido un año después de finalizar dicha intervención?

6.1.2 Objetivos

A partir de estas preguntas de investigación proponemos los siguientes objetivos:

1. Determinar las relaciones existentes entre burnout, estrés laboral y disfunciones emocionales.
2. Reducir los niveles de burnout en profesionales sanitarios no facultativos a través de una intervención psicológica.
3. Disminuir la intensidad de las respuestas de estrés, los niveles de ansiedad y depresión, y mejorar las actitudes psicológicas disfuncionales de los profesionales sanitarios no facultativos por medio de una intervención psicológica.
4. Aplicar un programa de intervención psicológica, programa I.R.I.S., y evaluar el esquema de intervención más eficaz para obtener los mejores resultados.

5. Valorar si los resultados obtenidos con el programa I.R.I.S. son los mismos, independientemente del Estilo de Conducta Interpersonal de los sujetos sobre los que se aplica la intervención.
6. Establecer si los resultados obtenidos con el programa I.R.I.S. al finalizar la intervención se mantienen estables un año después.

6.1.3 Hipótesis de investigación relacionadas con los objetivos

A. Hipótesis relacionada con el primer objetivo:

Hipótesis 1: *El síndrome de burnout de los profesionales sanitarios no facultativos no se relaciona con los niveles de estrés laboral individual, pero sí se relaciona con la intensidad de las respuestas de estrés, así como con las diferentes disfunciones emocionales que pudieran ir asociadas, tales como ansiedad, depresión y debilidad psicológica, en el sentido de que a mayor burnout, mayor número de respuestas de estrés, mayores niveles de ansiedad, de depresión y mayor debilidad psicológica.*

B. Hipótesis relacionada con el segundo objetivo:

Hipótesis 2: *Una intervención cognitivo-conductual desarrollada a través del programa I.R.I.S. conseguirá una reducción estadísticamente significativa de los niveles de burnout de los profesionales sanitarios no facultativos, y dicha reducción no se producirá en el grupo de control.*

C. Hipótesis relacionada con el tercer objetivo:

Hipótesis 3: *Una intervención cognitivo-conductual desarrollada a través del programa I.R.I.S. conseguirá una reducción de la intensidad de las respuestas de estrés, una disminución de los niveles de ansiedad y depresión, así como una mejora de las actitudes psicológicas disfuncionales en los profesionales sanitarios no facultativos de manera estadísticamente significativa, resultados que en el grupo control no habrían variado.*

D. Hipótesis relacionada con el cuarto objetivo:

Hipótesis 4: *El programa I.R.I.S. será eficaz cuando los sujetos asistan a las relajaciones programadas en relación con la no asistencia y será independiente el que las sesiones se programen semanal o quincenalmente o en turno de*

mañana o tarde, en el sentido de que será igual de efectivo tanto si se programan las sesiones con temporalidad semanal o quincenal y se asista en turno de mañana o tarde.

Hipótesis 5: *El programa I.R.I.S. será eficaz cuando se aplique en su totalidad, es decir, cuando se realice la intervención completa, en el sentido de que si sólo se aplican bloques de intervención, éstos no resultarán igualmente eficaces.*

E. Hipótesis relacionada con el quinto objetivo:

Hipótesis 6: *La eficacia del programa I.R.I.S. será independiente del tipo de conducta interpersonal característico de los sujetos experimentales, en el sentido de que los profesionales sanitarios obtendrán los mismos beneficios con el programa de intervención independientemente de cuales sean sus Estilos de Conducta Interpersonal.*

F. Hipótesis relacionada con el sexto objetivo:

Hipótesis 7: *Una vez desarrollado el programa de intervención I.R.I.S., la mejora lograda se mantendrá estable en el tiempo, de forma que pasado un año se conservará la mejoría conseguida.*

6.2. Descripción de los participantes

Los sujetos participantes en esta investigación pertenecen al personal de enfermería de asistencia especializada, con puesto de trabajo fijo o interino en el Hospital Virgen del Puerto de Plasencia perteneciente al Servicio Extremeño de Salud.

La muestra definitiva la componen 43 enfermeras (6 de ellas son supervisoras) y 39 auxiliares de enfermería, de un total de 301 personas que componen la plantilla de enfermeras y auxiliares de nuestro hospital de referencia (en el momento de la asignación muestral, y no teniendo en cuenta a aquellas personas que se encuentren de baja laboral), de las que 179 son enfermeras y 122 auxiliares de enfermería. Nuestra muestra supone, aproximadamente, un 27% de la población total.

El grupo experimental lo componen 61 personas de las que 29 son enfermeras y 32 auxiliares de enfermería. El grupo control está compuesto por 21 personas de las que 14 son enfermeras y 7 auxiliares de enfermería.

El rango de edad del total de la muestra va desde los 27 años para el sujeto más joven, hasta los 59 años del sujeto de mayor de edad, siendo la edad media de la muestra de 43,9 años con una desviación típica de 6 (tabla 6.1). Por intervalos de edad, seis personas se encuentran en el intervalo de 27-35 años, treinta y dos en

el intervalo de 36-43 años, treinta y siete en el intervalo de 44-51 años y siete personas en el intervalo de 52-59 años.

Tabla 6.1 Edad: Estadísticos descriptivos

Descriptivos: EDAD	N	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Grupo Total	82	43,8	6,0	27	59
Grupo Experimental	61	44,8	4,7	34	59
Grupo Control	21	41,0	8,1	27	56

En cuanto al género, el 100% de los participantes son mujeres. En nuestro hospital de referencia, las mujeres suponen el 92% del total de la plantilla de enfermería.

Con respecto al turno laboral es necesario especificar que la mayor parte de los participantes realizan o bien turno rotatorio o bien turno de mañana (tabla 6.2).

Tabla 6.2 Turno laboral

Turno laboral	Turno de Mañana	Turno rotatorio	Turno de noche
Grupo Total	29	51	2
Grupo Experimental	23	37	1
Grupo Control	6	14	1

Por último quisiéramos determinar las unidades o servicios donde desarrollan su trabajo los diferentes sujetos participantes. De tal modo especificaremos tales unidades englobándolas en dos grandes grupos: 1) Servicios Centrales, que serían aquellas unidades en las que predomina el trabajo en turno de mañana, como por ejemplo, las unidades de laboratorio, radiodiagnóstico, quirófanos, consultas y dirección; y 2) Urgencias, Cuidados Intensivos y Hospitalización, en las que el trabajo se distribuye a lo largo de la jornada. De esta manera observamos que existe una distribución análoga entre los grupos experimental y control, ya que el 44,3% de los sujetos del grupo experimental y el 47,6% de los sujetos del grupo control trabajan en Servicios Centrales y el 55,7% del grupo experimental y el 52,4% del grupo control lo hacen en Urgencias, Cuidados Intensivos y Hospitalización.

6.3. Descripción de los instrumentos

Los instrumentos de medida utilizados en nuestra investigación han sido: el Maslach Burnout Inventory (M.B.I.), la Escala de Actitudes Disfuncionales (D.A.S.), la Escala Magallanes de Estrés (E.M.E.S.T.), la Encuesta para Diagnosticar el Estrés Laboral (E.D.E.), el Inventario de Beck para la Depresión (B.D.I.), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (S.T.A.I.) y la Escala de Adjetivos Interpersonales (I.A.S.).

6.3.1 Maslach Burnout Inventory (M.B.I.)

La medida del burnout nos parece tremendamente importante para el desarrollo de nuestro estudio experimental, ya que será el punto central sobre el que gire gran parte del resto de las variables. Es por ello que, además de describir el instrumento de medida más utilizado en los últimos tiempos para medir el burnout, creemos necesario hacer un poco de historia.

En los primeros años, el burnout fue descrito a través de la observación clínica; luego fue evaluado con entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas y escalas auto-clasificadoras y cuestionarios. El principal problema para conseguir medidas fiables y válidas del burnout a través de cuestionarios ha sido la vaguedad con que se define, lo que hace difícil discriminarlo de otros constructos.

Los instrumentos de medida del burnout usados más frecuentemente son: el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP), el Tedium Measure (TM o BM) y el Maslach Burnout Inventory (MBI).

El SBS-HP fue desarrollado por Jones (1980, 1982) para evaluar burnout en profesionales de la salud, en base a su conceptualización esencial como síndrome de agotamiento físico y emocional. Tiene 30 ítems en escalas de seis grados, en las que el sujeto indica una medida de acuerdo con cada proposición: 20 ítems son para evaluar burnout y 10 son de una escala de sinceridad. Se han hallado cuatro

factores: insatisfacción o tensión laboral, tensión psicológica e interpersonal, enfermedad y tensión y falta de relaciones profesionales con los pacientes (Jones, 1982). Tiene propiedades psicométricas aceptables, demostradas en varias muestras de profesionales de la salud, con modificación de sus ítems se ha utilizado en otras profesiones de ayuda: supervisores, trabajadores sociales y funcionarios (Brookings, Boltob y Brown, 1985). Posee una visión más amplia del burnout que otros cuestionarios elaborados posteriormente, como el BM y MBI, e incluye entre las dimensiones variables que en realidad constituyen antecedentes y consecuentes del burnout.

El TM fue elaborado por Pines, Aaronson y Kafry (1981) sobre la base de su conceptualización del burnout como un estado de fatiga emocional, cercana al tedio. Estos autores distinguían inicialmente el tedio, como el resultado de tensiones que aparecen en profesiones que no son de ayuda, del burnout, como resultado de presiones emocionales crónicas e implicación en profesiones de ayuda, por lo que el Tedium Measure evaluaría indistintamente uno u otro concepto, dependiendo del tipo de profesionales a los que se aplicara. Posteriormente, abandonaron esta diferenciación entre tedio y burnout y ampliaron su concepción de este último, que ahora incluye al tedio. Como consecuencia, el TM pasó a ser denominado "Burnout Measure" (BM). El BM está integrado por 21 ítems, en tres subescalas: agotamiento físico, emocional y mental, de siete ítems cada una, valorados en una escala de siete grados. La puntuación de las tres dimensiones se combina en una puntuación única. Ha

mostrado buena consistencia interna, alta fiabilidad test-retest y validez convergente con el MBI (McCranie, Lambert y Lambert, 1987; Pines, Aaronson, 1988; Schaufeli, Dierendonck, 1993). Gil-Monte y Peiró (1997) señalan dos críticas fundamentales al Burnout Measure: 1) sólo evalúa sentimientos de agotamiento emocional, descuidando las variables actitudinales del síndrome, y 2) a pesar de su base conceptual, el BM es un instrumento unidireccional, que no operacionaliza adecuadamente la definición de los autores.

El instrumento usado con mayor frecuencia para evaluar burnout es el MBI, elaborado por Maslach y Jackson (1981,1986). Con su aparición casi se normaliza el concepto tridimensional de burnout. Tiene 22 ítems tipo Likert. Inicialmente tenía una escala de frecuencia (siete grados) y otra de intensidad (ocho grados), al obtener correlación intensa entre ambas y al solapar, se decidió retener sólo la de frecuencia. Los 3 factores ortogonales obtenidos corresponden a las dimensiones del burnout: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. Desde la perspectiva diagnóstica, el constructo y cada una de sus dimensiones se consideran variables continuas y las puntuaciones se ofrecen en percentiles, aunque no se puede garantizar que las puntuaciones se ajusten siempre a una distribución normal real. Los puntos de corte pueden ser diferentes en cada país. Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno o síndrome. La subescala de agotamiento emocional consta de nueve ítems y valora la vivencia de estar exhausto a nivel emocional por las demandas del trabajo. La subescala de

despersonalización está formada por cinco ítems y mide el grado en que pueden reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y de distanciamiento relacional. La subescala de realización personal se compone de ocho ítems que evalúan los sentimientos de autoeficacia y de realización personal en el trabajo. La escala tiene una consistencia interna y una fiabilidad del orden de 0,75 a 0,90. No existen puntos de corte válidos a nivel clínico para medir la existencia de burnout y poder separar los casos de los no casos. Maslach y Jackson (1986) dividieron la muestra en tres grupos iguales de 33,3%, asumiendo que los tercios superior, medio e inferior de la muestra experimentaban niveles alto, medio y bajo de burnout, respectivamente.

La tabla 6.3 ofrece los puntos de corte para las puntuaciones del inventario de Maslach en el sector sanitario. Altas puntuaciones en las subescalas de cansancio emocional y despersonalización, y bajas en la de realización personal reflejan un nivel alto de burnout.

Tabla 6.3 Puntos de corte del M.B.I. en el sector sanitario

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

Otra discusión actual importante se refiere a la interrelación entre las tres dimensiones. Algunos autores consideran que el MBI ofrece dos componentes: uno, integrado por agotamiento emocional y la despersonalización (como estrategia de afrontamiento al agotamiento emocional), y otro, que es la falta de realización personal (Maslach y Jackson, 1986; Lee y Ashforth, 1990; Leiter, 1991b). Otros consideran que el MBI tiene un componente emocional el agotamiento emocional y otro actitudinal que sería la despersonalización más la falta de realización personal (Schaufeli, Dierendonck, 1993). Un tercer grupo mantienen los tres componentes y su independencia (Gil-Monte, Peiró y Valcárcel, 1995).

Los estudios han demostrado consistencia interna del MBI en grandes muestras. Brookings, et al. (1985), entre otros han obtenido dos factores en vez de tres, en otros estudios aparece un cuarto factor (Firth, McIntee y McKeown, 1985; Green y Walkey, 1988). Además, algunos ítems parece que son factorialmente ambiguos (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1983; Green y Walkey, 1988). Oliver (1993) obtuvo tres factores que explicaban el 53,13 % de la varianza. Sin embargo, García, Llor y Sáez (1994) con trabajadores hospitalarios, obtuvieron siete factores que explican el 61 % de la varianza total. Resultados similares (siete factores) obtuvo Olmedo (1993) con profesionales de la salud. Moreno y Oliver (1992) han reproducido la estructura trifactorial del MBI, en una versión que mantiene los nueve ítems de agotamiento emocional y los ocho ítems de la falta de realización personal, pero a diferencia de la escala original, la subescala de

despersonalización quedó reducida a tres ítems, más adelante estos autores mejoraron la subescala de despersonalización. Sobre la validez concurrente, Maslach y Jackson (1986) obtuvieron correlaciones significativas con estimaciones de la pareja o compañeros de trabajo en escalas conductuales. Parece ser que la puntuación global del MBI mide parcialmente el mismo constructo que el TM, el SBS-HP y el MB, siendo el 25 % la varianza que estos instrumentos explican en el MBI (Schaufeli, Enzmann y Girault, 1993). Se ha hallado validez discriminante versus satisfacción laboral (Maslach y Jackson, 1986), depresión (Firth et al., 1987), autoestima y alienación (Brookings et al., 1985), y otros constructos.

Lo cierto es que el MBI se ha usado ampliamente para evaluar el burnout en diferentes profesiones y países: Alemania, Australia, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Holanda, Italia, Polonia, Jordania, Zimbabwe, etc. (Gil-Monte, Peiró, 1997). Se le han objetado problemas en la traducción, lo que puede explicar diferentes valores psicométricos encontrados y disparidad en los estudios. Se imponen, realmente, estudios transculturales, obviando esta dificultad.

Aunque el MBI fue elaborado inicialmente para profesionales de la salud (actualmente MBI-Human Services Survey, MBI-HSS), se han realizado luego otras adaptaciones: el MBI-Educators Survey (MBI-ES) de Schwab (1986), para profesionales de la educación. Esta versión cambia la palabra "paciente" por

"alumno", reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS, y mantiene el nombre de las escalas. El MBI-ES ha obtenido buenos valores psicométricos en varios estudios (por ejemplo en, Iwanicki y Schwab, 1986). El MBI-General Survey (MBI-GS) fue elaborado por Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson (1996). Esta nueva versión del MBI presenta un carácter más genérico, no exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (Leiter y Schaufeli, 1996). Aunque se mantiene la estructura tridimensional del MBI, esta versión sólo contiene 16 ítems y las dimensiones se denominan: eficacia profesional (seis ítems), agotamiento (cinco ítems) y cinismo (cinco ítems).

Moreno y Oliver (1992) elaboran el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), compuesto por 21 ítems que estiman siete dimensiones: realización personal, agotamiento emocional, despersonalización, tedio, características de la tarea, clima organizacional y las repercusiones del burnout en la calidad de vida del sujeto, especialmente en sus relaciones interpersonales. Por último, el Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP), con 75 ítems, dos preguntas abiertas, once descriptores de salud física y nueve referencias sociodemográficas y profesionales, ha obtenido valores aceptables de consistencia interna, validez concurrente, discriminante y factorial en profesores de enseñanza media (Oliver, 1993).

Como puede inferirse, existe una gran variedad de instrumentos, ya que no hay unidad de criterio sobre qué es el síndrome, qué variables agrupa, en qué tipo

de profesionales ocurre y cómo se desarrolla. Su conceptualización como constructo tridimensional, permite clasificar como sujetos afectados de burnout a quienes pueden tener características diferentes por puntuaciones disímiles en las dimensiones (en dependencia de cuál sea la dimensión considerada clave); por otra parte, se toman como conceptos sinónimos constructos dispares entre sí, que no covarian necesariamente. A su vez, evaluarlo como constructo unidimensional, supone perder la perspectiva de síndrome.

Aun siendo necesaria una mayor elaboración conceptual para unificar criterios sobre su medición, sigue siendo el instrumento psicológico más utilizado en la medición del síndrome de burnout.

Para nuestra Tesis Doctoral emplearemos la versión de Moreno, Oliver y Aragonese (1991), utilizada como estudio de adaptación de la Escala M.B.I. a la población española con una muestra de 235 sujetos.

6.3.2 Escala de Actitudes Disfuncionales (D.A.S.)

La Escala de Actitudes Disfuncionales es un autoinforme diseñado para detectar y medir las suposiciones comunes que subyacen a las cogniciones depresivas y que, según la teoría de Beck, son responsables no sólo de éstas, sino a la postre, del cuadro depresivo. Weissman (1979) redactó un conjunto amplio

de potenciales ítems a partir de las sugerencias de un grupo de clínicos sobre sus experiencias con pacientes depresivos. Posteriormente, la autora refinó estos ítems tratando de reflejar siete sistemas de valores relevantes para caracterizar el sustrato cognitivo subyacente de los pacientes depresivos según la teoría de Beck.

Los sistemas de valores seleccionados fueron:

1. Aprobación: Ítems que pretenden evaluar la tendencia de la persona a juzgar su autoestima en función de como la gente reacciona ante ella o de lo que piensan de ella (por ej., "Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses").

2. Amor: Actitudes que tienen que ver con la tendencia del individuo a medir su valía y su felicidad en función de si es amado o no (por ej., " Puedo encontrar la felicidad sin ser amado por otra persona").

3. Logro: Estos ítems indican si el individuo tiene un sentido constreñido de su autovalía centrado en el trabajo y en la productividad (por ej., "Si fracaso en el trabajo seré un fracaso como persona").

4. Perfeccionismo: Ítems que tratan de medir la tendencia de la persona hacia el perfeccionismo, al establecimiento de criterios de rendimiento inflexible y

excesivamente alto (por ej., " Si no consigo el nivel máximo, es probable que acabe siendo una persona de segunda categoría").

5. Derechos: Son ítems destinados a medir hasta qué punto cree el individuo que tiene "derecho" a ciertas cosas como éxito, amor, felicidad, etc., y que existe alguna razón inherente para que las cosas funcionen siempre como uno quiere (por ej., " Si uno evita los problemas, los problemas acaban desapareciendo").

6. Omnipotencia: Ítems que indican si la persona focaliza su atención en su universo personal y se considera responsable de casi todo lo que ocurre a su alrededor (por ej., "Para ser una persona buena, honesta y de valía, debo ayudar a todo el que lo necesite").

7. Autonomía: Son ítems que se refieren a la habilidad de una persona para encontrar la felicidad dentro de sí misma, para darse cuenta de que su potencial para la felicidad y para la autoestima no viene de fuera, sino que en última instancia es él quien las crea (por ej., "Uno puede disfrutar de una actividad independientemente del resultado final").

La disfuncionalidad de las actitudes se reflejaría en la presencia en estas afirmaciones de expresiones inflexibles y absolutistas, para lo cual se usó, por ejemplo, cuantificadores extremos ("todo", "siempre", "nunca") o imperativos categóricos ("debo", "tengo que").

Tras sufrir varias modificaciones basadas en las opiniones de un grupo de residentes de psiquiatría sobre la validez aparente y comprensibilidad de los ítems, el conjunto de ítems quedó establecido en 100. La DAS original o total (DAS-T) está compuesta, pues, por 100 actitudes o creencias hacía las que el sujeto muestra su conformidad o disconformidad, en una escala de Likert de 7 puntos, desde "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo". La autora determinó "a priori" si el acuerdo o el desacuerdo a una actitud en cuestión indicaban una reacción adaptativa o desadaptativa.

Puesto que en los estudios piloto la mayor crítica que se le había hecho a la DAS-T era su excesiva longitud, Weissman (1979) decidió construir dos formas paralelas fiables pero más breves. Se ha descubierto que aquellos sujetos que tras una terapia cognitivo-conductual muestran aún altas puntuaciones en la DAS-A, tienen un mayor riesgo de recaída (Thase, Simons, McGeary, Cahalane, Hughes, Harden, y Friedman, 1992). Asimismo, parece que los cambios en las actitudes disfuncionales medidas a través de la DAS-A predicen la respuesta de los pacientes a la terapia cognitiva de Beck a lo largo de ésta (DeRubeis, Evans, Hollon, Garvey, Grove y Tuason, 1990).

Sanz (1998) señala que la escala de actitudes disfuncionales presenta una fiabilidad de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0,84, en una muestra de adultos de la población general española (1116 mujeres y 99 varones).

La interpretación de la DAS-A puede realizarse en base a criterios distintos. Un criterio sería analizar los resultados obtenidos tras la corrección con las plantillas facilitadas, de esta manera se obtienen las puntuaciones en cada uno de los 7 valores mencionados anteriormente y se representan gráficamente en unos ejes de coordenadas, así en el eje X se sitúan los valores, y en el eje y las puntuaciones de -10 a +10. Las puntuaciones negativas indican debilidad psicológica, mientras que las situadas por encima del eje x son consideradas indicativas de fortaleza psicológica (Bas y Andrés, 1994). Utilizaremos la adaptación de la Escala DAS realizada por Bas y Andrés (1994), compuesta por 35 actitudes o creencias hacia las que el sujeto muestra su conformidad o disconformidad en una escala de Likert de 5 puntos, desde "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo".

6.3.3 Escala Magallanes de Estrés (E.M.E.S.T.)

La Escala Magallanes de Estrés se ha diseñado con la finalidad de poder disponer de un instrumento de exploración general, con el cual se identifiquen de una manera rápida aquellos individuos que se encuentren en situaciones de estrés y requieran ayuda profesional para evitar un agravamiento de su situación o bien, para resolverla.

La EMEST (García, Magaz y García, 1998) es un instrumento de auto-informe. Consta de 15 elementos a los cuales la persona en evaluación debe contestar sobre la frecuencia con que le han sucedido, durante los dos últimos meses, cada uno de los acontecimientos que expresan.

Estos elementos se consideran indicadores iniciales de situaciones de estrés. Obviamente no son trastornos somáticos que requieran atención médica. Hacen referencia a alteraciones funcionales “menores”. Cada uno de los elementos por separado no es indicador de estrés, ya que la sintomatología que representa se puede explicar por otras variables diferentes al estrés; sin embargo la acumulación progresiva de indicadores y su mayor frecuencia, es decir, la mayor puntuación en la escala, puede interpretarse como indicador de que el sujeto se encuentra bajo estrés.

Las opciones de respuesta son cuatro: *Nunca*, *Alguna vez*, *Bastantes veces* y *Muchas veces*. La corrección de la escala se llevará a cabo asignando a cada frecuencia de respuesta de cada elemento los puntos que aparecen en la parte inferior de las casillas de respuesta (de 0 a 3 puntos). Para obtener la puntuación directa total se deben sumar los puntos correspondientes a cada casilla marcada.

Este instrumento se puede administrar, según sus autores, de manera individual y colectiva.

La fiabilidad tests-retest de la EMEST, en una muestra de 1125 sujetos, es de 0,75 con un nivel de significación $p < 0,001$ (prueba de dos colas). En cuanto a la consistencia interna, obtiene un alfa de Cronbach de 0,82.

6.3.4 Encuesta para Diagnosticar el Estrés Laboral (E.D.E.)

Para Ivancevich y Matteson (1989) el estrés es una respuesta adaptativa, mediada por las características individuales y/o por procesos psicológicos, la cual es a la vez consecuencia de alguna acción, de una situación o un evento externo que plantean a la persona especiales demandas físicas o psicológicas.

De esta manera, estos autores establecen una clasificación de los estresores laborales en dos grupos. Por un lado estarían los estresores extraorganizacionales que serían los eventos o situaciones ajenos a la vida laboral inmediata de la persona pero que influyen en el trabajo y en el desempeño, y por otro lado estarían los estresores intraorganizacionales que se relacionan con la fuente inicial del estresor, pudiendo ser de tres tipos: individuales, por ejemplo, conflicto de roles, sobrecarga, etc., grupales, por ejemplo, falta de cohesión del grupo, conflicto intergrupar, etc., y organizacionales, por ejemplo, clima organizacional, estructura, tecnología, características de la tarea, la influencia del liderazgo, etc.

En nuestro estudio experimental, ha influido de una manera especial el pensamiento, la clasificación, la definición de estresores y el desarrollo de la encuesta de estrés laboral elaborada por Ivancevich y Matteson (1989).

La encuesta para diagnosticar el estrés laboral está compuesta por 55 ítems en su desarrollo global, de los que nosotros emplearemos aquellos ítems que hacen referencia a los estresores intraorganizacionales de carácter individual, ya que revisando la literatura científica, estos estresores son los que provocan más impacto en los individuos, y en algunos casos particularmente importante en el personal de enfermería (por ej., Boucher y Binette, 1989; Chacón, 1995, Moreno et al., 2000). Los estresores individuales se establecen a partir de 30 ítems de la encuesta para diagnosticar el estrés laboral, englobándose en 6 tipos de estresores.

Los principales estresores a nivel individual, según Ivancevich y Matteson (1989) son:

1. **Ambigüedad de rol.** Es una falta de claridad sobre el papel que se está desempeñando, los objetivos del trabajo y el alcance de las responsabilidades en el trabajo individual. Produce insatisfacción laboral, mayor tensión, bajo nivel de confianza, estados de depresión, ansiedad, sentimientos de resentimiento y reducción de la autoestima.

2. Conflicto de rol. Ocurre cuando en una situación están presentes dos o más presiones de rol y el cumplimiento de un conjunto de presiones dificulta, objeta o imposibilita en el cumplimiento de otro conjunto de presiones. Este tipo de estresor afecta negativamente la satisfacción en el trabajo y se encuentra ligado con cambios fisiológicos que tienen costos personales y organizacionales.

3. Sobrecarga cuantitativa de trabajo. Ocurre cuando el trabajador percibe que tiene mucho trabajo que hacer, diferentes cosas que realizar o poco tiempo para terminar el trabajo asignado.

4. Sobrecarga cualitativa de trabajo. Ocurre cuando el trabajador siente que carece de la habilidad para efectuar su trabajo o que las normas de desempeño están muy altas. Tanto este estresor, como el anterior, causan cambios bioquímicos en determinaciones analíticas, efectos sobre la salud, menor confianza, disminución de la motivación por el trabajo, etc.

5. Estresores relativos al desarrollo de la carrera. Estos comprenden aquellos aspectos de la interacción del individuo con el medio ambiente organizacional, que influyen sobre la percepción de dicha persona sobre la calidad del progreso en su carrera. Son estresores cuando estos elementos se convierten en fuentes de preocupación, ansiedad o frustración para el individuo.

6. Responsabilidad por otras personas. La evidencia indica que la responsabilidad por las personas es más estresante que la responsabilidad por las cosas. La razón por la cual la responsabilidad por otros es estresante es producto específico de la naturaleza de la responsabilidad en lo que se refiere a tomar decisiones interpersonales desagradables y al hecho de que se tiene una sobrecarga de trabajo.

En la encuesta para diagnosticar estrés, el sujeto ha de indicar con que frecuencia la condición descrita es una fuente actual de estrés. Para cada reactivo se debe indicar y anotar el número (escala tipo Likert) que mejor describa la frecuencia con la que la condición indicada es fuente de estrés, anotando 1 si la condición nunca es fuente de estrés, hasta 7 si la condición siempre es fuente de estrés. En el análisis de los datos los autores proponen que para cada estresor si la suma es menor de 10, la situación no será de estrés; si la suma da un resultado entre 10 y 24, el nivel de estrés será medio y por último si la cifra es superior a 24, los niveles de estrés serán altos.

6.3.5 Beck Depresión Inventory (B.D.I.)

El Inventario para la Depresión de Beck (BDI) de Beck et al. (1979), en su versión española, consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de la depresión. En cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre un conjunto de

cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Finalmente, la Pérdida de Peso (ítem 19) sólo se valora si el sujeto indica no estar bajo dieta para adelgazar. En el caso de que lo esté, se otorga una puntuación de 0 en el ítem.

Según recogen Sanz y Vázquez (1998), el Inventario para la Depresión de Beck (Beck, et al., 1979) es el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigadora. En el ámbito profesional, baste señalar que los estudios llevados a cabo en los últimos diez años sobre el uso de los tests entre profesionales clínicos de los Estados Unidos de América indican de forma consistente que el BDI se encuentra entre los doce tests más usados (Piotrowski, 1996). Diversos estudios han llegado a la conclusión de que el BDI es sin duda el instrumento más popular a nivel internacional para identificar sujetos depresivos subclínicos en los estudios de validación de los modelos de depresión (Ruiz y Bermúdez, 1989; Vázquez, 1995). Asimismo, en España ha sido el instrumento más empleado para seleccionar sujetos deprimidos y no deprimidos en los estudios realizados para validar

distintas teorías e hipótesis psicológicas sobre la depresión (por ej. Ruiz y Bermúdez, 1992; Sanz, 1992).

En un estudio realizado por Sanz y Vázquez (1998), la consistencia interna del BDI presentaba un coeficiente alfa de Cronbach de 0,83, concluyendo que la versión española del BDI de 1978 parece tener unas buenas propiedades psicométricas como instrumento de evaluación del síndrome depresivo, lo que permite recomendar su elección como instrumento de investigación de los modelos de depresión para clasificar a los sujetos como deprimidos o no deprimidos.

6.3.6 Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (S.T.A.I.)

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1982) comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R).

La ansiedad Estado (A/E) está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad.

La ansiedad Rasgo (A/R) señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad Estado (A/E).

La subescala A/E puede ser utilizada para determinar los niveles actuales de intensidad de la ansiedad inducidos por procedimientos experimentales cargados de tensión o estrés. Se ha observado que las puntuaciones A/E aumentan como respuesta a diferentes tipos de tensión y disminuyen como resultado de las técnicas de relajación.

La variable A/R puede ser utilizada en la investigación para seleccionar sujetos con diferente predisposición a responder al estrés psicológico con distintos niveles de intensidad de la A/E.

Las puntuaciones A/E y A/R pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Los sujetos mismos se evalúan en una escala que va desde 0 a 3 puntos en cada elemento.

Los índices de consistencia interna (coeficiente alfa) hallados en muestras de sujetos normales son bastante buenos, entre 0,83 y 0,92, obtenidos mediante la fórmula KR-20 modificada por Cronbach.

7.3.7. Escala de Adjetivos Interpersonales (I.A.S.)

La Escala de Adjetivos Interpersonales (IAS) es un inventario multiescalar (consta de ocho escalas) que permite establecer comparaciones entre constructos de diferentes tradiciones de investigación en Psicología Clínica, Personalidad y Psicología Social (Wiggins, 1980, 1982; Wiggins y Broughton, 1985).

La Escala de Adjetivos Interpersonales original (IAS) fue publicada en 1979 por Wiggins. El modelo estructural que guía la construcción del IAS es un circumplex bidimensional definido por las coordenadas de *amor* y *estatus*. Este modelo parecía el más adecuado para representar las propiedades conceptuales del círculo interpersonal (Kiesler, 1983), y para representar las interrelaciones empíricas entre las variables interpersonales que han sido relatadas por otros autores (Wiggins, 1982).

El IAS original está formado por 128 adjetivos distribuidos en las 16 categorías interpersonales. Con estas categorías a su vez se construyen ocho escalas bipolares que son: seguro-dominante (PA), arrogante-calculador (BC), frío de ánimo (DE), reservado-introvertido (FG), inseguro-dependiente (HI), ingenuo-modesto (JK), cálido-afectuoso (LM) y gregario-extravertido (NO). Estos ocho octantes interpersonales están dispuestos en un orden circular alrededor de unas coordenadas o ejes de dominancia (*estatus*) y sostenimiento-afectividad (*amor*).

Descripción e interpretación de las ocho escalas del IAS:

Escala *ambicioso-dominante* (PA): Mide el ejercicio del poder (estilo ambicioso) sobre otras personas en un contexto social. Puntuaciones individuales elevadas describen a sujetos que se consideran a sí mismos como personas asertivas, dominantes, seguras de sí mismas y con personalidad fuerte y enérgica. El polo opuesto de esta dimensión se caracteriza por una ausencia de seguridad en sí mismo, emocionalidad, humillación, sumisión y neuroticismo.

Escala *arrogante-calculador* (BC): Refleja la expresión de cólera e irritación hacia otros en forma de humillación y explotación. Se considera una medida mixta de dominancia y hostilidad. Puntuaciones individuales elevadas describen a sujetos que se consideran a sí mismos como egoístas, arrogantes, astutos y explotadores. Ponen a los otros en su sitio, demuestran sus errores, y los critican públicamente. Su visión del mundo es cínica en la que la competición y la explotación son signos de supervivencia. El polo opuesto de esta dimensión se caracteriza por deferencia, autocontrol y degradación.

Escala *frío de ánimo* (DE): Refleja la disposición a no ser cálido, cooperativo y acogedor cuando tales conductas pueden ser apropiadas. Es una medida de hostilidad, alejamiento y distancia interpersonal. Puntuaciones individuales elevadas describen a sujetos que se consideran a sí mismos como no cordiales, no cálidos, no amables y no comprensivos.

Escala *reservado-introvertido* (FG): Refleja la disposición a eludir las interacciones sociales y rechazar las posturas amistosas de otros. Tiene un talante menos "activo" que el anterior. Puntuaciones individuales elevadas describen a sujetos que se refieren a sí mismos como introvertidos, distantes, tímidos y reservados. Las interacciones amistosas con otros son rechazadas directamente. Estrategias usuales son: vida social limitada, rechazar invitaciones y no tomarse el tiempo o hacer el esfuerzo de interactuar con otros. El polo opuesto de esta dimensión hace referencia a aspectos de sociabilidad, extraversión y afiliación.

Escala *inseguro-dependiente* (HI): Refleja una disposición a ser tímido, temeroso y dependiente en las transacciones sociales y carecer de autoconfianza y autoestima. Puntuaciones individuales elevadas describen a sujetos que se consideran a sí mismos como tímidos, dóciles, vergonzosos e inseguro-desconfiados.

Escala *ingenuo-modesto* (JK): Refleja una disposición a ser deferente, complaciente, modesto y sincero en las transacciones sociales. Puntuaciones individuales elevadas describen a sujetos que se consideran a sí mismos como suaves, bondadosos y convencionales, así como, no argumentadores, tortuosos o egoístas. Son "buenos deportistas" que hacen lo que se les dice, eluden argumentos, admiten errores voluntariamente y sienten timidez en presencia de superiores.

Escala *cálido-afectuoso* (LM): Refleja una disposición a ser cálido, acogedor, simpático y estar interesado en las transacciones sociales. Es una medida pura de afecto. Puntuaciones individuales elevadas describen a sujetos que se consideran a sí mismos como simpáticos, indulgentes (propensos a perdonar), amables y bondadosos. Suministran beneficios materiales o emocionales a otros que puedan tener problemas, necesiten ayuda, estén enfermos o precisen cuidados y apoyo.

Escala *gregario-extravertido* (NO): Refleja una disposición a ser alegre, animado, sociable y vivaz en las transacciones sociales y un buscador activo de escenarios y situaciones que permitan interacciones armoniosas. Puntuaciones individuales elevadas describen a sujetos que se consideran a sí mismos como amistosos, sociables, alegres y animados. Buscan trabajo fuera, participan en acontecimientos sociales, organizan actividades, hobbies, fiestas y clubs sociales, todo lo cual proporciona escenarios de máxima interacción social. Su opuesto se caracteriza por ansiedad social, resentimiento e introversión.

La versión castellana del IAS (Ávila Espada, 1996) es estructuralmente similar a la versión original del instrumento, salvo las diferencias idiomáticas que implican leves diferencias en los matices recogidos por los adjetivos. Consta de 64 adjetivos que miden 8 rasgos definidos por una forma circumplex y acompañado por un glosario de definiciones situado al final del cuestionario. Se pide a los sujetos que indiquen el grado autoinformado en el que cada adjetivo les describe en sus relaciones interpersonales en una escala Likert de ocho intervalos

que se presentan en el cuestionario en forma numérica, de 1 a 8 y representan el continuo de "extremadamente exacto" a "extremadamente inexacto".

Respecto de la utilización diagnóstica del IAS, puede concluirse que el Círculo Interpersonal es una representación conceptual de la conducta interpersonal, que muestra las variables interpersonales como vectores en un espacio circular bidimensional organizado por las coordenadas de Dominancia (DOM) y Sostenimiento/Acogimiento o Afectividad (LOV) . Dentro de este espacio circular, los vectores que emanan del centro del círculo son interpretados como un continuo de intensidad que varía desde un polo, que representa aspectos adaptativos (clara o moderadamente adaptativos), hasta otro extremo caracterizado como desadaptativo y desajustado.

El diagnóstico interpersonal implica asignar a los sujetos a categorías tipológicas definidas por la tendencia direccional media de sus conductas interpersonales, respecto de las coordenadas DOM y LOV. Los sujetos clasificados como situados dentro del mismo sector tipológico del Círculo Interpersonal mostrarán el mismo patrón característico de conductas interpersonales, pero variarán en términos de la intensidad o adaptabilidad (ajuste) de dicho patrón, lo que vendrá indicado por su distancia del centro del círculo (Longitud del Vector).

El IAS ha sido relacionado con diferentes medidas individuales en los campos de Personalidad y Psicología Social (Wiggins y Broughton, 1985). Se ha

demostrado que está relacionado con las preferencias en la selección de compañero (Buss y Barnes, 1986), el uso de las tácticas de manipulación interpersonal y valoraciones de la conducta social no verbal. Ha sido también estudiado en relación con la Psicopatología y con problemas interpersonales (Felipe y Ávila, 2002; Felipe, 2004). También se aplica para el acercamiento de distintas variables estudiadas por investigadores de otras tradiciones en Personalidad y Psicología Social (Wiggins, 1980) y suministra una base para las convergencias conceptuales en diversas áreas de investigación.

Los índices de consistencia interna de las ocho escalas del IAS, en una muestra de adultos españoles, obtenidos mediante el coeficiente alfa de Cronbach por Ávila-Espada (1996), presenta unos valores comprendidos entre 0,75 y 0,90.

6.4 Descripción de las variables

Las variables con las que vamos a proceder en el análisis estadístico de los datos obtenidos del estudio experimental van a ser:

Variable Burnout. Operacionalizada a través de las puntuaciones obtenidas en el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986) para las dimensiones Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP), Realización Personal (RP) y Burnout Total (MBI).

Variable Debilidad/Fortaleza psicológica. Operacionalizada a través de las puntuaciones obtenidas en la Escala de Actitudes Disfuncionales de Weissman (1979). Las variables empleadas son Actitud Disfuncional Total (DAS), Aprobación (Ap), Amor (Am), Logro (Lo), Perfeccionismo (Pe), Derechos (De), Omnipotencia (Om) y Autonomía (Au).

Variable Intensidad de Respuesta de Estrés. Operacionalizada por medio de la Escala Magallanes de Estrés (EMEST) de García, Magaz y García (1998).

Variable Estrés Laboral. Operacionalizada a través de las puntuaciones obtenidas en los estresores intraorganizacionales individuales de la Encuesta para Diagnosticar el Estrés Laboral de Ivancevich y Matteson (1989). Las variables utilizadas son Estrés Laboral (EDE), Ambigüedad de Rol (AR), Conflicto de Rol (CR), Sobrecarga Cuantitativa de Trabajo (SCN), Sobrecarga Cualitativa de Trabajo (SCL), Desarrollo de la Carrera (DC) y Responsabilidad por Otras Personas (ROP).

Variable Depresión. Operacionalizada a través de la puntuación obtenida por medio del Inventario para la Depresión de Beck (BDI) de Beck et al. (1979).

Variable Ansiedad. Operacionalizada por medio de la puntuación obtenida en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y

Lushene (1970). La variable utilizada es la variable Ansiedad Rasgo (A/R) para medir la propensión ansiosa de los sujetos de carácter marcadamente estable. También indicaremos la variable Ansiedad Estado (A/E) con carácter meramente orientativo.

Variable Estilo de Conducta Interpersonal. Variable independiente cualitativa operacionalizada a través de las puntuaciones directas obtenidas en la Escala de Adjetivos Interpersonales (IAS) de Wiggins (1980). Las variables utilizadas son PA (Seguro-Dominante), BC (Arrogante-Calculador), DE (Frío de Ánimo), FG (Reservado-Introvertido), HI (Inseguro-Dependiente), LM (Cálido-Afectuoso) y NO (Gregario-Extrovertido). También se operacionaliza a través de las dimensiones polares en el circumplex DOM-LOV, con lo que tendríamos las variables DOM/LOV (dominante/afectivo), DOM/No LOV (dominante/no afectivo), No DOM/LOV (no dominante /afectivo) y No DOM/No LOV (no dominante/no afectivo).

Variable Intervención Programa IRIS. Variable independiente cualitativa que admite dos valores: intervención o no intervención.

Variable Relajación. Variable independiente cualitativa que admite dos valores: asistencia a las sesiones de relajación o no asistencia.

Variable Temporalización de las Sesiones. Variable independiente cualitativa que admite tres valores: intervención programada semanalmente en turno de

mañana, intervención programada quincenalmente en turno de mañana e intervención programada semanalmente en turno de tarde.

Variable Número de Sesiones. Variable independiente cualitativa que admite tres valores: evaluación de la eficacia de la intervención al finalizar el Bloque I (4 sesiones), evaluación de la eficacia de la intervención al finalizar los bloques I, II y III (13 sesiones) y evaluación de la eficacia de la intervención al finalizar los cinco bloques de tratamiento (20 sesiones).

6.5 Diseño de la investigación

La investigación se realiza mediante un diseño intergrupo pretest-postest con grupo control. El grupo experimental se divide en cinco subgrupos, con una misma condición experimental, que es la recibir una intervención psicológica mediante la aplicación del Programa IRIS. Los diferentes subgrupos pertenecientes al grupo experimental son: A (grupo azul), B (grupo blanco), C (grupo cereza), D (grupo dorado) y E (grupo ébano), de estos los grupos A y B reciben la intervención quincenalmente, mientras que los grupos C, D y E la reciben semanalmente. El grupo control (F) no recibe intervención psicológica. A todos los subgrupos experimentales se les realiza evaluación pre-intervención y evaluación post-intervención. En las mismas fechas se les realiza la misma evaluación pre y post al grupo control. Además, a una parte de los sujetos

pertenecientes a los grupos Dorado y Ébano se les realiza una evaluación intermedia tras el bloque de intervención I, y a una parte de los sujetos pertenecientes a los grupos Blanco y Cereza se les realiza una evaluación intermedia tras los bloques I, II y III.

Pasado un año desde la finalización de la intervención psicológica, se evalúan de nuevo las variables dependientes, a una parte de los sujetos pertenecientes al grupo experimental.

Se realiza una asignación al azar de los sujetos que desean formar parte de los diferentes grupos experimentales tras realizarse la fase de captación de participantes y se asigna al grupo control a aquellos sujetos que desean realizar unos cuestionarios psicológicos.

6.6 Procedimiento

6.6.1 Fase 1: Fase previa y de negociación con Dirección de Enfermería

En mayo de 2002 nos reunimos con la Dirección de Enfermería del Hospital Virgen del Puerto con el fin de darles a conocer el proyecto y solicitarles los permisos y colaboraciones pertinentes. Dada la aceptación y la buena

disposición de colaboración se negocian las condiciones para llevar a cabo la investigación.

Las condiciones negociadas fueron facilitar e incentivar la asistencia de los participantes, dependientes de la Dirección de Enfermería del Centro, a las sesiones concernientes al Curso de Habilidades de Relación y Autoayuda que se habían programado (Anexo VI). Se pretendía que los participantes por un lado pensaran que iban a realizar un curso de formación, para de esta manera no interferir en los resultados obtenidos en el momento de las evaluaciones, ya que en ningún momento se les indica que se esta realizando una investigación y un tratamiento psicológico. La incentivación fue negociada de manera que o bien se les facilitaría en lo posible asistir al “curso” en su jornada laboral, o bien si asisten a las sesiones fuera de su tiempo de trabajo se les computarían por cada sesión asistida un total de 2,5 a 3 horas a disfrutar como Días Festivos.

Para darle una mayor relevancia y credibilidad al formato tipo “curso de formación” se solicitan Acreditaciones de Declaración de Interés Sanitario a la Consejería de Sanidad de la Junta de Extremadura, a través de la Escuela de Salud de Extremadura, Acreditación que es recibida, firmada por el Consejero de Sanidad y Consumo de la Junta de Extremadura, con fecha de 14 de Octubre de 2003 (Anexo VII). Con el formato curso, pretendemos evitar el sesgo en los sujetos producido por las características de la demanda (sesgo generado por el investigador por inducir a responder en el experimento de la forma que aquel espera).

Reunión informativa con Supervisores (junio 2002). Nos reunimos con los distintos Supervisores de Unidad para entregarles el programa correspondiente al curso de Habilidades de Relación y Autoayuda y resolverles cualquier duda con respecto a la incentivación, inscripción, asistencia, etc. Dicho programa deberán darlo a conocer al resto de los componentes de su Unidad de trabajo.

El plazo de inscripción se mantuvo abierto desde el 15 de junio al 4 de octubre de 2002. Se inscribieron en primera instancia un total de 99 personas.

Las entrevistas con los inscritos (acudieron a la entrevista un total de 92 sujetos) comenzaron a finales del mes de junio de 2002. En dichas entrevistas se comentan las normas de funcionamiento del curso: confidencialidad, asistencia, puntualidad, realización de las tareas para casa, etc. Indicando específicamente que la no asistencia a tres de las sesiones del total de veinte, sin justificación válida, supondrá la exclusión del grupo. Si las faltas son justificadas, nos comprometemos a, en la mayor brevedad posible, negociar un día para de una manera individualizada exponer lo tratado en la sesión a la que no pudo asistir.

Tras esta primera entrevista, del total de 92 personas se redujeron a 78, es decir, 14 decidieron no empezar el curso, pues no podían comprometerse a asistir habitualmente. Una vez comenzado el curso, dejaron de asistir o fueron excluidas por faltas no justificadas otras 8 personas, lo que hace un total de 70 sujetos participantes. De estos, 69 son mujeres y 1 es hombre (que por razones obvias no

se incluye dentro de los análisis estadísticos). Por otra parte se excluyen de los análisis estadísticos dos Fisioterapeutas y dos Técnicos Especialistas en Radiología, por no ser muestras suficientemente representativas. Asimismo, los resultados de tres sujetos no pueden ser analizados debido a que o bien no realizan los test o bien los realizan de manera incompleta. Por último, uno de los sujetos prefiere que sus datos no sean incluidos dentro de la investigación, lo que supone que el grupo experimental lo formen un total de 61 sujetos.

La asistencia media de los sujetos que completaron el curso fue de 18,3 sesiones por persona. Las sesiones perdidas fueron recuperadas en su mayoría antes de la sesión siguiente.

6.6.2 Fase 2: Diseño y temporalidad de los grupos experimentales

Los sujetos se dividen al azar en grupos equivalentes de entre 10 y 15 personas, conformándose cinco grupos denominados Azul (11 sujetos), Blanco (11 sujetos), Cereza (13 sujetos), Dorado (12 sujetos) y Ébano (14 sujetos). Dotar de nombre al grupo supone una identificación clara de los sujetos y al mismo tiempo se estimula la creación de una identidad propia de grupo para cada uno de los integrantes del mismo.

Los grupos Azul y Blanco (quienes empiezan dos meses antes, con el fin de que terminen en las mismas fechas los cinco grupos) realizarán las sesiones con programación quincenal y el resto de los grupos con programación semanal.

Los sujetos del grupo Ébano acuden a las sesiones fuera de su jornada laboral en sesión de tarde, los componentes del resto de los grupos, en su mayoría, asisten a las sesiones matinales durante su jornada laboral con los permisos pertinentes.

El curso se realiza a lo largo del Año 2003 para todos los grupos, finalizando en la última semana de noviembre (grupos Cereza, Dorado y Ébano) y primera semana de diciembre (grupos Azul y Blanco).

6.6.3 Fase 3: Aplicación del Programa IRIS

El programa IRIS detallado en el capítulo 4 se aplica con exquisita exactitud y temporalidad a todos los grupos participantes en la investigación. Tan sólo se establece una modificación con respecto al programa, y es que en la sesión nº 1 se entregan para su realización intrasesión a todos los sujetos, las escalas y cuestionarios de medida pre-test, con el fin de controlar que todos se encuentren en la misma situación a la hora de realizar los test. Esto supone que la sesión nº 1 se alargue en 60 minutos (había sido puesto en conocimiento de los participantes del curso que la 1ª sesión duraría en torno a las 3,30 horas)

6.6.4 Fase 4: Evaluación post-intervención y entrega de Diplomas Acreditativos

Tras finalizar las 20 sesiones, se les insta a todos los sujetos que han finalizado el curso, a que acudan a una última sesión donde se les entregará el diploma de Acreditación de Interés Sanitario (Anexo VIII) y se les pasará de nuevo la batería test que realizaron en la primera sesión. Dicha sesión se realiza el 17 de Diciembre de 2003.

6.6.5 Fase 5: Evaluación de seguimiento del grupo experimental

Con el fin de valorar si los cambios observados al finalizar el programa se mantienen a lo largo del tiempo, se realiza una evaluación de seguimiento del grupo experimental un año después de la finalización de las sesiones de intervención.

De esta manera, en el mes de octubre de 2004, les escribimos una carta personalizada a cada uno de los sujetos experimentales con el fin de citarles a una nueva sesión del curso que habían terminado un año antes (sesión 21). Las cinco sesiones finalmente se realizan durante el mes de noviembre, una por grupo. El número total de sujetos que pueden o deciden acudir a esta sesión es de 37 personas. La evaluación de estas 37 personas se establecerá entre ellas mismas, es

decir, se obtendrán los datos obtenidos en la fase pre y posttest de estos y sólo estos sujetos experimentales, a la hora de realizar el análisis de seguimiento.

6.6.6 Fase 6: Consentimiento Informado y entrega de Informe Psicológico Individualizado

Al finalizar la sesión nº 21, que se realiza un año después de finalizar el curso, les citamos para reunirnos individualizadamente con cada uno de los sujetos que han realizado las diferentes baterías de test, y les hacemos entrega de un Informe Individualizado (Anexo IX) detallando los resultados obtenidos en los test que han venido realizando. A aquellos que no acudieron a dicha sesión les citamos por carta.

A los componentes del grupo control les hacemos entrega de dicho informe una vez realizada la fase posttest, ya que esperar un año más para recibir el resultado de los test realizados (y así poderles pasar una tercera batería de test), podría llevar al cansancio y/o aburrimiento, pues habrían pasado dos años sin que tuvieran noticias de los test que habían ido realizando.

A todos los sujetos pertenecientes a los grupos experimental y control, se les notifica una vez hecha entrega de su Informe individualizado que los datos

podieran ser utilizados con fines de investigación, por lo que se considera necesario firmen un consentimiento informado (Anexo X).

6.7 Análisis estadístico

Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS 10.0 para Windows PC. Los programas y los estadísticos utilizados han sido los siguientes:

Análisis Descriptivos: Cálculo de las medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas.

Análisis de Correlación Lineal: Tratamos de averiguar el grado de relación entre diferentes variables utilizando el Coeficiente de Correlación de Pearson.

Análisis T-test: Pretendemos comparar medias para dos muestras relacionadas, para ello utilizaremos la prueba paramétrica t de Student (al analizar datos globales con todos los sujetos) y la prueba no paramétrica, de los Rangos con Signo de Wilcoxon (al analizar grupos diferenciados). Las pruebas no paramétricas son adecuadas con muestras pequeñas y el criterio por el que hemos elegido esta, ha sido que esta prueba utiliza el nivel de medida más alto y, por tanto, es más potente al utilizar más información, además cuando la medición

ordinal permite establecer una jerarquía y asignar ante las diferencias apreciadas en cada pareja rangos de mayor o menor y, por tanto, va más allá de la mera asignación de signos que expresan que algo es mayor o menor que otro algo, la prueba que puede aplicarse con una medición más perfecta es la de Wilcoxon (Pérez-Juste, 1983).

Analizaremos la homocedasticidad de los datos y la homogeneidad de las varianzas para todas las variables en cada uno de los grupos a través de las pruebas de Levene (contraste de la homogeneidad de varianzas que es menos dependiente del supuesto de normalidad que la mayoría de las pruebas; para cada caso, se calcula la diferencia entre el valor de dicho caso y la media de su casilla y se lleva a cabo un análisis de varianza de un factor sobre estas diferencias), de Kolmogorov-Smirnov (prueba empleada para verificar la hipótesis de que una muestra procede de una distribución particular -uniforme, normal o de Poisson-; el valor de la Z de Kolmogorov-Smirnov se basa en la diferencia absoluta máxima entre las distribuciones acumuladas observada y teórica) y de Shapiro-Wilk (contrasta la hipótesis de que una muestra procede de una población normal).

Estudiamos la asimetría y curtosis de los datos. Con respecto a la asimetría, un valor de asimetría mayor que 1, en valor absoluto, indica generalmente una distribución que difiere de manera significativa de la distribución normal. En cuanto a la razón de la curtosis sobre su error típico y la razón de la asimetría

sobre su error típico se puede rechazar la normalidad si la razón es menor que -2 o mayor que +2.

Realizaremos un análisis de varianza factorial según el procedimiento del Modelo Lineal General Univariante con un posterior estudio de covariables (ANCOVA). Mostraremos unas comparaciones por pares basadas en las medias marginales estimadas en relación a como aparecen las covariables en el modelo, realizando además, un ajuste de comparaciones múltiples de Bonferroni (utiliza las pruebas de t para realizar comparaciones por pares entre las medias de los grupos, pero controla la tasa de error global estableciendo que la tasa de error de cada prueba sea igual a la tasa de error por experimento dividida entre el número total de contrastes; de esta manera se corrige el nivel crítico por el hecho de que se están realizando múltiples comparaciones).

Capítulo 7

Resultados: Análisis e interpretación

7.1 Análisis descriptivo de las variables en la fase pretest o pre-intervención.....	257
7.2 Estudio de correlación de las diferentes variables dependientes.....	268
7.3 Eficacia del programa I.R.I.S.....	276
7.3.1 Análisis descriptivo pre-post de las variables.....	278
7.3.1.1 Variable Burnout.....	278
7.3.1.2 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés.....	280
7.3.1.3 Variable Ansiedad Rasgo.....	282
7.3.1.4 Variable Depresión.....	285
7.3.1.5 Variable Actitud Psicológica Disfuncional.....	287
7.3.1.6 Variable Estrés Laboral.....	289
7.3.2 Significación estadística.....	291
7.3.3 Pruebas de normalidad y homocedasticidad.....	295
7.3.3.1 Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la variable Burnout.....	295
7.3.3.2 Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la variable Intensidad de Respuestas de Estrés.....	297
7.3.3.3 Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la variable Ansiedad Rasgo.....	299
7.3.3.4 Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la variable Depresión.....	301
7.3.3.5 Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la	

variable Actitud Psicológica Disfuncional.....	303
7.3.4 ¿Es eficaz el programa I.R.I.S.?	305
7.3.4.1 Eficacia del programa IRIS para la variable Burnout.....	305
7.3.4.2 Eficacia del programa IRIS para la variable Intensidad de Respuestas de Estrés.....	308
7.3.4.3 Eficacia del programa IRIS para la variable Ansiedad Rasgo.....	311
7.3.4.4 Eficacia del programa IRIS para la variable Depresión....	314
7.3.4.5 Eficacia del programa IRIS para la variable Actitud Psicológica Disfuncional.....	317
7.4 Comparativa del programa IRIS respecto a la asistencia a las sesiones de relajación, temporalidad y número de sesiones aplicadas.....	320
7.4.1 Comparativa según asistencia a sesiones de relajación.....	321
7.4.2 Comparativa según temporalidad de la intervención.....	323
7.4.3 Comparativa según número de sesiones de intervención.....	326
7.5 La influencia de los Estilos de Conducta Interpersonal en el programa IRIS.....	329
7.5.1 Estilos de Conducta Interpersonal de los sujetos experimentales que se relacionan con burnout, intensidad de respuesta de estrés, ansiedad, depresión y actitud psicológica disfuncional.	329
7.5.1.1 Estudio de correlación.....	330
7.5.1.2 Estadísticos descriptivos dimensiones DOM/LOV.....	332
7.5.2 Estilos de Conducta Interpersonal que se relacionan con un mayor éxito del programa IRIS.....	333
7.6 Estudio de seguimiento: Evaluación de resultados del Programa IRIS un año después.....	340
7.7 Interpretación de resultados en relación con otros estudios publicados.....	348

Capítulo 7

Resultados: Análisis e interpretación

A lo largo de este capítulo vamos a exponer los resultados obtenidos de los análisis estadísticos realizados con el fin de poner a prueba nuestras hipótesis de investigación. Comenzaremos realizando un estudio descriptivo de las variables en la fase pre-intervención, seguidamente procederemos a estudiar las correlaciones existentes entre las variables, proseguiremos analizando la eficacia del programa IRIS, continuaremos observando las relaciones estadísticas de los estilos de conducta interpersonal con las variables dependientes y finalizaremos examinando los resultados obtenidos de la evaluación de seguimiento.

7.1 Análisis descriptivo de las variables en la fase pretest o pre-intervención

A continuación pasaremos a analizar descriptivamente los datos obtenidos en la fase pretest en las variables Burnout, Estrés Laboral, Intensidad de Respuesta de

Estrés, Ansiedad, Depresión y Actitud Psicológica Disfuncional, correspondientes a los grupos experimentales y al grupo control.

En la tabla 7.1 exponemos los valores de tendencia central y de dispersión de las puntuaciones en la variable Burnout. Como podemos apreciar los grupos que presentan una mayor puntuación en la variable Burnout son los grupos azul, ébano y blanco.

**Tabla 7.1 Estadísticos descriptivos: Variable Burnout.
Fase pretest. Grupos Establecidos**

BURNOUT TOTAL	N	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
GRUPO EXPERIMENTAL					
Grupo Azul	11	53,36	14,87	34	82
Grupo Blanco	11	52,27	14,11	27	70
Grupo Cereza	13	47,31	20,35	22	87
Grupo Dorado	12	49,00	16,03	22	72
Grupo Ébano	14	53,21	17,56	21	84
Total Experimental	61	50,98	16,52	21	87
GRUPO CONTROL	21	47,10	21,23	18	92
TOTAL GRUPOS	82	49,99	17,79	18	92

Con el fin de analizar la frecuencia de distribución de la variable Burnout con respecto a sus tres dimensiones Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización personal, exponemos en la tabla 7.2 los estadísticos descriptivos de dichas dimensiones obtenidos en la fase pretest y determinamos la afectación del síndrome de burnout entre el personal objeto de estudio.

**Tabla 7.2 Estadísticos descriptivos: Variable Burnout.
Fase pretest. Grupo Total (N = 82)**

BURNOUT	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Burnout Total	49,99	17,79	18	92
Cansancio Emocional	20,96	9,88	4	46
Despersonalización	9,87	5,92	0	30
Realización Personal	28,83	9,03	8	48

Realizamos un análisis de frecuencias de los resultados obtenidos en la fase pretest para identificar el número de sujetos que presentan niveles elevados de burnout. De tal forma podemos indicar que 18 sujetos (22%) presentan unos niveles bajos de burnout, 22 sujetos (26,8%) presentan niveles medios de burnout y 42 sujetos (51,2%) presentan niveles altos de burnout.

Con respecto a la dimensión Cansancio Emocional: 39 sujetos (47,6%) presentan niveles bajos de cansancio emocional, 18 sujetos (21,9%) presentan niveles medios y 25 sujetos (30,5%) presentan niveles altos de cansancio emocional.

Con respecto a la dimensión Despersonalización: 23 sujetos (28%) presentan niveles bajos de despersonalización, 16 sujetos (19,6%) presentan niveles medios y 43 sujetos (52,4%) presentan niveles altos de despersonalización.

Con respecto a la dimensión Realización Personal (recordemos que esta dimensión tiene un valor inverso con respecto a las anteriores, es decir, una mayor puntuación en esta variable pronostica un menor nivel de burnout y viceversa): 8 sujetos (9,8%) presentan una alta realización personal, 24 sujetos (29,2%) una realización personal media y 50 sujetos (61%) presentan una baja realización personal en el trabajo.

Podríamos resumir estos resultados de la siguiente manera: a) existen unos niveles altos de burnout en relación a la dimensión despersonalización, ya que el 52,4% de los sujetos presentan altos niveles de burnout en esta dimensión, b) existen unos niveles altos de burnout en relación a la falta de realización personal, llegando al 61%, y c) de los 82 sujetos, 42 puntúan alto en burnout, en la suma de las tres dimensiones. Al comparar nuestros resultados con otras muestras nacionales y extranjeras (tablas 3.1, 3.2 y 3.3), observamos que el nivel de burnout en nuestro hospital es similar al obtenido en otros estudios (López Soriano y Bernal, 2002; Atance, 1997; Daniel, et al, 1996; Fernández Cantí, 1993; Schaufeli y Janczur, 1991) si bien el nivel de falta de realización personal encontrado es superior al de cualquiera de las publicaciones revisadas.

En la tabla 7.3 exponemos los valores de tendencia central y de dispersión de las puntuaciones en la variable Estrés Laboral. Como podemos apreciar los grupos que presentan una mayor puntuación en esta variable son los grupos control,

blanco y ébano. Por otra parte se observa que existen unos niveles medios de estrés laboral en todos los grupos.

**Tabla 7.3 Estadísticos descriptivos: Variable Estrés Laboral.
Fase pretest. Grupos Establecidos**

ESTRÉS LABORAL	N	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo	
GRUPO EXPERIMENTAL	Grupo Azul	11	68,91	23,70	38	122
	Grupo Blanco	11	84,64	32,27	32	138
	Grupo Cereza	13	77,92	24,48	45	123
	Grupo Dorado	12	72,50	41,01	31	179
	Grupo Ébano	14	80,14	34,64	41	166
	Total Experimental	61	76,95	31,38	31	179
GRUPO CONTROL	21	87,95	39,11	42	178	
TOTAL GRUPOS	82	79,77	33,62	31	179	

Con el fin de analizar la frecuencia de distribución de la variable Estrés Laboral con respecto a sus seis dimensiones Ambigüedad de Rol, Conflicto de Rol, Sobrecarga Cuantitativa y Cualitativa de Rol, Desarrollo de la Carrera y Responsabilidad por otras Personas exponemos en la tabla 7.4 los estadísticos descriptivos de dichas dimensiones obtenidos en la fase pretest con el fin de determinar los niveles de estrés laboral entre el personal objeto de estudio.

Podemos observar, tabla 7.4, que los niveles de estrés laboral entre las diferentes dimensiones son similares. La variable Sobrecarga Cuantitativa de Trabajo es la que presenta una mayor puntuación con respecto a los diferentes estresores laborales analizados.

**Tabla 7.4 Estadísticos descriptivos: Variable Estrés Laboral.
Fase pretest. Grupo Total (N = 82)**

ESTRÉS LABORAL	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Estrés Laboral Total (EDE)	79,77	33,62	31	179
Ambigüedad de Rol (AR)	13,01	6,07	5	33
Conflicto de Rol (CR)	13,48	6,34	5	35
Sobrecarga Cuantitativa Trabajo (SCN)	13,66	6,68	5	32
Sobrecarga Cualitativa de Trabajo (SCL)	13,55	6,91	5	38
Desarrollo de la Carrera (DC)	13,48	6,91	5	31
Responsabilidad por otras personas (ROP)	12,91	6,69	5	35

En relación a la frecuencia de distribución de la variable Estrés Laboral podemos indicar que 26 sujetos (31,7%) presentan niveles bajos de estrés laboral, 51 sujetos (62,2%) presentan niveles medios y 5 sujetos (6%) presentan niveles altos de estrés laboral.

En la tabla 7.5 exponemos los valores de tendencia central y de dispersión de las puntuaciones en la variable Intensidad de Respuesta de Estrés. Como podemos apreciar los grupos que presentan una mayor puntuación en esta variable son los grupos ébano, dorado y azul.

Si relacionamos nuestros datos con los obtenidos con la muestra del manual de referencia para la EMEST (García, Magaz y García, 1998) observamos que la media alcanzada por la muestra correspondiente a mujeres (N = 1825) fue de 14,89, muy similar a la obtenida en nuestro estudio, que ha sido de 15,06.

Tabla 7.5 Estadísticos descriptivos: Variable Intensidad Respuesta de Estrés. Fase pretest. Grupos Establecidos

INTENSIDAD RESPUESTA DE ESTRÉS		N	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
GRUPO EXPERIMENTAL	Grupo Azul	11	15,27	5,59	8	26
	Grupo Blanco	11	13,55	5,43	6	20
	Grupo Cereza	13	14,31	6,16	2	25
	Grupo Dorado	12	16,17	6,56	7	29
	Grupo Ébano	14	16,29	7,87	3	33
	Total Experimental	61	15,16	6,34	2	33
GRUPO CONTROL		21	14,76	8,35	0	34
TOTAL GRUPOS		82	15,06	6,86	0	34

Realizamos un análisis de frecuencias y podemos observar que 38 sujetos (46,3%) presentan unas puntuaciones mayores que la media alcanzada por la muestra de tipificación de la escala.

En la tabla 7.6 exponemos los valores de tendencia central y de dispersión de las puntuaciones en la variable Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. Como podemos apreciar los grupos que presentan una mayor puntuación en la variable Ansiedad Estado son el grupo control y ébano, y para la variable Ansiedad Rasgo, los grupos ébano, azul y dorado. Si relacionamos nuestros datos con los

publicados en los baremos adaptados a la población española para mujeres adultas (Seisdedos, 1988) observamos que la media en Ansiedad Estado en los baremos fue de 23,30 y en Ansiedad Rasgo de 24,99. En nuestro estudio, obtenemos una media para Ansiedad Estado de 18,56 y en Ansiedad Rasgo de 22,07.

Tabla 7.6 Estadísticos descriptivos: Variable Ansiedad Estado/Rasgo. Fase pretest. Grupos Establecidos

ANSIEDAD		N	Media		Desviación		Mínimo		Máximo	
			A/E	A/R	A/E	A/R	A/E	A/R	A/E	A/R
Estado/Rasgo										
GRUPO EXPERIMENTAL	Grupo Azul	11	18,73	23,91	8,97	9,10	10	16	40	48
	Grupo Blanco	11	18,09	21,82	9,72	7,55	9	11	38	31
	Grupo Cereza	13	14,00	15,69	7,05	5,57	3	6	25	24
	Grupo Dorado	12	14,42	23,33	9,36	11,45	4	8	33	45
	Grupo Ébano	14	20,43	24,93	9,69	8,81	3	15	39	41
	Total Experimental	61	17,15	21,90	9,07	9,06	3	6	40	48
GRUPO CONTROL		21	22,67	22,57	12,08	10,93	8	4	51	44
TOTAL GRUPOS		82	18,56	22,07	10,14	9,51	3	4	51	48

Si analizamos la frecuencia de distribución de la variable Ansiedad-Rasgo, podemos observar que 27 sujetos (32,9%) presentan niveles de ansiedad por encima de la media del baremo adaptado para mujeres adultas de la población española.

En la tabla 7.7 exponemos los valores de tendencia central y de dispersión de las puntuaciones en la variable Depresión. Observamos que los grupos con un nivel más elevado en puntuaciones de depresión son los grupos dorado, ébano y control.

**Tabla 7.7 Estadísticos descriptivos: Depresión.
Fase pretest. Grupos Establecidos**

DEPRESIÓN		N	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
GRUPO EXPERIMENTAL	Grupo Azul	11	8,27	6,60	2	19
	Grupo Blanco	11	5,73	5,55	0	17
	Grupo Cereza	13	5,15	4,30	0	13
	Grupo Dorado	12	9,50	9,42	0	29
	Grupo Ébano	14	9,43	6,73	1	22
	Total Experimental	61	7,66	6,76	0	29
GRUPO CONTROL		21	8,62	6,30	0	25
TOTAL GRUPOS		82	7,90	6,62	0	29

En relación a la frecuencia de distribución de la variable Depresión y siguiendo los criterios de gravedad de la depresión propuestos por Beck (citados en Bumberry, Oliver y McClure, 1978) que serían: depresión ausente, puntuaciones entre 0-9; depresión leve, puntuaciones entre 10-15; depresión moderada, puntuaciones entre 16-23 y depresión grave, puntuaciones entre 24-63; podemos indicar que 56 sujetos (68,3%) no presentan depresión, 14 sujetos (17,1%) presentan depresión leve, 9 sujetos (11%) presentan depresión moderada y 3 sujetos (3,7%) presentan depresión grave.

En la tabla 7.8 exponemos los valores de tendencia central y de dispersión de las puntuaciones en la variable Actitud Psicológica Disfuncional. A partir de estos resultados podemos indicar que presentan una mayor “debilidad psicológica” los grupos azul, dorado y blanco, así como que el grupo experimental total en la fase pretest presenta valores de media, ubicados en el área de la “debilidad

psicológica” y el grupo control valores de media en el área de la “fortaleza psicológica”.

Tabla 7.8 Estadísticos descriptivos: Actitud Psicológica Disfuncional. Fase pretest. Grupos Establecidos

ACTITUD DISFUNCIONAL		N	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
GRUPO EXPERIMENTAL	Grupo Azul	11	-11,27	10,21	-28	6
	Grupo Blanco	11	-5,91	22,11	-37	35
	Grupo Cereza	13	8,15	18,69	-33	34
	Grupo Dorado	12	-8,17	21,83	-52	24
	Grupo Ébano	14	-0,57	21,39	-39	36
	Total Experimental	61	-3,10	20,07	-52	36
GRUPO CONTROL		21	3,48	15,00	-26	36
TOTAL GRUPOS		82	-1,41	19,04	-52	36

El análisis de frecuencias de los datos nos ofrece el siguiente resultado: 39 sujetos (47,6%) se encuentran en el área de la debilidad psicológica (valores negativos en la Escala de Actitud Psicológica Disfuncional).

En la tabla 7.9 se determinan los niveles medios de las variables o dimensiones que componen la Escala de Actitud Psicológica Disfuncional en la fase pretest. Se observa que los valores en los que puntúan más negativo los sujetos y por lo tanto en los que presentan una mayor debilidad psicológica, son los correspondientes a la variable Aprobación, Derechos y Amor. También puntúan negativo en las variables Omnipotencia y Autonomía

Tabla 7.9 Estadísticos descriptivos: Variable Actitud Psicológica Disfuncional. Fase pretest. Grupo Total (N = 82)

ACTITUDES DISFUNCIONALES	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
D.A.S. Total	-1,41	19,04	-52	36
Aprobación	-2,21	4,01	-9	7
Amor	-1,22	3,99	-9	8
Logro	3,33	4,16	-6	10
Perfeccionismo	0,95	4,05	-8	10
Derechos	-1,29	3,38	-10	7
Omnipotencia	-0,46	3,77	-8	9
Autonomía	-0,20	3,74	-10	8

La tabla 7.10 resume los resultados obtenidos para el total de los sujetos, en la fase pretest para todas las variables que van a ser estudiadas, pues será a partir de estos datos junto a los obtenidos de las tablas 7.2, 7.4 y 7.9 de donde establezcamos las correlaciones estadísticamente significativas con el fin de buscar relaciones entre todas las variables.

Tabla 7.10 Estadísticos descriptivos: Variables Dependientes. Fase pretest. Grupo Total (N = 82)

VARIABLES	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Burnout Total	49,99	17,79	18	92
Estrés Laboral	79,77	33,62	31	179
Intensidad Respuesta de Estrés	15,06	6,86	0	34
Ansiedad Rasgo	22,07	9,51	4	48
Depresión	7,90	6,62	0	29
Actitud Psicológica Disfuncional	-1,41	19,04	-52	36

7.2 Estudio de correlación de las diferentes variables dependientes

Para conocer las correlaciones significativas existentes entre las diferentes variables, procederemos a analizar los datos mediante el índice de correlación de Pearson para el número total de sujetos que componen la muestra, en los datos obtenidos en la fase pretest.

**Tabla 7.11 Resultados de la prueba de correlación de Pearson:
Variables Dependientes (N = 82)**

Prueba de Correlación	Burnout	Actitud Psicológ. Disfunc.	Intensidad Respuestas Estrés	Ansiedad Rasgo	Estrés Laboral	
Burnout	Correlación de Pearson	1,000	-0,174	0,397**	0,372**	0,110
	Sig. (bilateral)	,	0,119	0,000	0,001	0,327
Actitud Psicológ. Disfunc.	Correlación de Pearson	-0,174	1,000	-0,309**	-0,441**	-0,060
	Sig. (bilateral)	0,119	,	0,005	0,000	0,591
Intensidad Respuesta Estrés	Correlación de Pearson	0,397**	-0,309**	1,000	0,445**	0,223*
	Sig. (bilateral)	0,000	0,005	,	0,000	0,044
Ansiedad Rasgo	Correlación de Pearson	0,372**	-0,441**	0,445**	1,000	0,227*
	Sig. (bilateral)	0,001	0,000	0,000	,	0,040
Estrés Laboral	Correlación de Pearson	0,110	-0,060	0,223*	0,227*	1,000
	Sig. (bilateral)	0,327	0,591	0,044	0,040	,
Depresión	Correlación de Pearson	0,388**	-0,368**	0,498**	0,603**	0,169
	Sig. (bilateral)	0,000	0,001	0,000	0,000	0,128

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 7.11 exponemos los resultados de la prueba de correlación para las variables dependientes Burnout (medida con el MBI), Actitud Psicológica Disfuncional (medida con la DAS), Intensidad de Respuesta de Estrés (medida con

la EMEST), Ansiedad Rasgo (medida con el STAI-A/R), Estrés Laboral (medida con la EDE) y Depresión (medida con el BDI).

Observamos que la variable Burnout correlaciona significativamente con las variables Intensidad de Respuesta de Estrés, Ansiedad y Depresión, lo que indica que las personas con mayores niveles de burnout presentan un mayor número de respuestas de estrés, una mayor ansiedad y una puntuación más alta en depresión.

La variable Actitud Psicológica Disfuncional correlaciona significativamente y de una manera negativa con las variables Intensidad de Respuesta de Estrés, Ansiedad y Depresión, lo que indica que los sujetos con una mayor debilidad psicológica presentan mayor número de respuestas de estrés, ansiedad y depresión.

La variable Ansiedad correlaciona significativamente también con las variables Intensidad de Respuesta de Estrés y Depresión, es decir, los sujetos más ansiosos presentan un mayor número de respuestas de estrés y una puntuación más alta en depresión.

La variable Estrés Laboral correlaciona con un nivel de significación de 0,05 con las variables Intensidad de Respuesta de Estrés y Ansiedad, de manera que aquellos sujetos que soportan un mayor nivel de estrés laboral presentan un mayor número de respuestas de estrés y unos valores más elevados de ansiedad.

Observamos que la variable Estrés Laboral no se encuentra relacionada con la variable Burnout, aunque en un análisis posterior detallaremos de una manera más exhaustiva las correlaciones existentes entre todas las dimensiones que componen estas dos variables.

En la tabla 7.12 exponemos las correlaciones existentes entre las dimensiones del burnout (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal) con el resto de las variables dependientes.

Tabla 7.12 Resultados de la prueba de correlación de Pearson: Dimensiones Burnout – Resto de Variables Dependientes. (N = 82)

Prueba de Correlación		Actitud Psicológica Disfuncional	Intensidad Respuestas Estrés	Ansiedad Rasgo	Estrés Laboral	Depresión
Burnout	Correlación de Pearson	-0,174	0,397**	0,372**	0,110	0,388**
	Sig. (bilateral)	0,119	0,000	0,001	0,327	0,000
CE	Correlación de Pearson	-0,083	0,439**	0,324**	0,276*	0,268*
	Sig. (bilateral)	0,460	0,000	0,003	0,012	0,015
DP	Correlación de Pearson	-0,236*	0,356**	0,176	0,231*	0,284**
	Sig. (bilateral)	0,033	0,001	0,115	0,036	0,010
RP	Correlación de Pearson	0,097	-0,067	-0,263*	0,238*	-0,284**
	Sig. (bilateral)	0,388	0,551	0,017	0,031	0,010

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Los resultados obtenidos en la tabla 7.12 nos lleva a comentar que los sujetos que se encuentra más cansados emocionalmente presentan un mayor número de respuestas de estrés, ansiedad y depresión. Los sujetos que puntúan alto en

despersonalización presentan igualmente un mayor número de respuestas de estrés y depresión. Los sujetos que se encuentran más realizados personalmente presentan menores niveles de ansiedad y depresión (recordemos que la dimensión Realización Personal tiene un valor contrario al de las dimensiones CE y DP, de manera que cuánto más alto sea RP menor será el nivel de burnout).

Por último, es significativo el resultado obtenido en relación con la variable Estrés Laboral, ya que dicha variable correlaciona positivamente con una significación de 0,05 con las dimensiones Cansancio Emocional y Despersonalización, es decir, los sujetos que tienen mayores niveles de estrés laboral presentan un mayor cansancio emocional y una mayor despersonalización, pero además la variable Estrés Laboral también se encuentra relacionada positivamente y con el mismo nivel de significación con la variable Realización Personal, es decir, los sujetos que presentan mayores niveles de estrés laboral se encuentran más realizados personalmente con su trabajo (puntuán más alto en Realización Personal). Podría ser este el motivo por el que no se encuentren relaciones estadísticamente significativas entre burnout y estrés laboral. Los sujetos que desarrollan un trabajo más estresante pueden llegar a sentirse cansados emocionalmente y en cierta medida despersonalizados, pero del mismo modo también se encuentran más realizados con el trabajo que están desempeñando.

Para determinar si existe algún estresor laboral que influyera sobremanera en la variable Burnout, o en algunas de sus dimensiones, realizamos una prueba de correlación entre las variables componentes del estrés laboral y las dimensiones del burnout.

En la tabla 7.13 exponemos los resultados obtenidos mediante prueba de correlación entre las dimensiones que componen el burnout y los diferentes estresores individuales diferidos del estrés laboral intraorganizacional.

**Tabla 7.13 Resultados de la prueba de correlación de Pearson:
Dimensiones Burnout - Variables Estrés Laboral. (N = 82)**

Prueba de Correlación		Burnout	Cansancio Emocional	Despersona- lización	Realización Personal
Estrés Laboral	Correlación de Pearson	0,110	0,276*	0,231*	0,238*
	Sig. (bilateral)	0,327	0,012	0,036	0,031
Ambigüedad Rol	Correlación de Pearson	0,137	0,261*	0,209	0,149
	Sig. (bilateral)	0,218	0,018	0,060	0,182
Conflicto Rol	Correlación de Pearson	0,040	0,158	0,142	0,187
	Sig. (bilateral)	0,719	0,155	0,203	0,092
Sobrecarga Cuantitativa Trabajo	Correlación de Pearson	0,148	0,339**	0,213	0,221*
	Sig. (bilateral)	0,185	0,002	0,054	0,046
Sobrecarga Cualitativa Trabajo	Correlación de Pearson	0,186	0,281*	0,291**	0,135
	Sig. (bilateral)	0,095	0,011	0,008	0,228
Desarrollo Carrera	Correlación de Pearson	0,101	0,260*	0,226*	0,232*
	Sig. (bilateral)	0,366	0,018	0,041	0,036
Responsabilidad Personas	Correlación de Pearson	-0,034	0,103	0,123	0,260*
	Sig. (bilateral)	0,763	0,357	0,270	0,018

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Los resultados de la tabla 7.13 nos indican que, con una significación de 0,01, la sobrecarga cuantitativa de trabajo se relaciona con cansancio emocional y la sobrecarga cualitativa de trabajo con la despersonalización. Con una significación de 0,05, los estresores ambigüedad de rol, sobrecarga cualitativa de trabajo y desarrollo de la carrera se encuentran relacionados con el cansancio emocional; el estresor diferido del desarrollo de la carrera se relaciona asimismo con despersonalización y los estresores sobrecarga cuantitativa del trabajo, desarrollo de la carrera y responsabilidad por personas con una alta realización personal. Finalmente, observamos de nuevo que ninguno de los estresores se encuentra relacionado con la variable burnout.

En las tablas 7.14 y 7.15 queremos exponer las relaciones existentes entre las dimensiones del burnout y los componentes de las actitudes psicológicas disfuncionales, así como las existentes entre los diferentes estresores laborales y el resto de las variables dependientes.

De la tabla 7.14 podemos deducir que aquellas personas que presentan una tendencia hacia el perfeccionismo y a establecer criterios de rendimiento inflexible y excesivamente alto, obtienen unos niveles más elevados de despersonalización, es decir, más actitudes de frialdad y de distanciamiento relacional. También presentan correlación significativa a nivel de 0,05 con respecto a la despersonalización aquellos sujetos omnipotentes o con tendencia a considerarse responsables de casi todo lo que ocurre a su alrededor y con escasa autonomía. Por

último, la única variable que correlaciona con el burnout es igualmente la de perfeccionismo, con un nivel de significación del 0,05.

**Tabla 7.14 Resultados de la prueba de correlación de Pearson:
Dimensiones Burnout - Variables Actitudes Disfuncionales. (N= 82)**

Prueba de Correlación		Burnout	Cansancio Emocional	Despersona- lización	Realización Personal
Actitud Psicológica Disfuncional	Correlación de Pearson	-0,174	-0,083	-0,236*	0,097
	Sig. (bilateral)	0,119	0,460	0,033	0,388
Aprobación	Correlación de Pearson	-0,086	0,009	-0,016	0,170
	Sig. (bilateral)	0,440	0,935	0,888	0,126
Amor	Correlación de Pearson	-0,087	-0,007	-0,107	0,094
	Sig. (bilateral)	0,437	0,949	0,339	0,399
Ejecución	Correlación de Pearson	-0,055	-0,074	-0,175	-0,087
	Sig. (bilateral)	0,625	0,511	0,116	0,436
Perfeccionismo	Correlación de Pearson	-0,281*	-0,131	-0,363**	0,172
	Sig. (bilateral)	0,011	0,239	0,001	0,123
Derecho sobre otros	Correlación de Pearson	-0,074	-0,027	-0,122	0,036
	Sig. (bilateral)	0,507	0,813	0,274	0,746
Omnipotencia	Correlación de Pearson	-0,115	-0,116	-0,224*	-0,048
	Sig. (bilateral)	0,304	0,300	0,044	0,666
Autonomía	Correlación de Pearson	-0,192	-0,115	-0,233*	0,101
	Sig. (bilateral)	0,083	0,306	0,035	0,368

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

De la tabla 7.15 extraemos como principal resultado que el estresor o variable Sobrecarga Cualitativa de Trabajo, es decir, sentir que se carece de la habilidad necesaria para desempeñar la tarea o cuando las normas de desempeño son muy altas son los estresores que se encuentran relacionados con un mayor número de

variables dependientes, a un nivel de significación de 0,01, ya que se relacionan con una mayor intensidad de respuestas de estrés, ansiedad y depresión, además de las relaciones ya descritas con cansancio emocional y despersonalización.

Además, con un nivel de significación de 0,05, la variable Sobrecarga Cuantitativa de Trabajo se relaciona con una mayor intensidad de respuestas de estrés y con ansiedad, así como la variable Desarrollo de la Carrera se relaciona con mayores puntuaciones en depresión e intensidad de respuestas de estrés.

**Tabla 7.15 Resultados de la prueba de correlación de Pearson:
Variables Estrés Laboral – Variables Dependientes. (N = 82)**

Prueba de Correlación		Estrés Laboral	AR	CR	SCN	SCL	DC	ROP
Actitud Psicológica Disfunc.	Correlación de Pearson	-0,060	-0,110	-0,009	-0,004	-0,085	-0,024	-0,072
	Sig. (bilateral)	0,591	0,326	0,938	0,969	0,449	0,828	0,520
Intensidad Respuestas de Estrés	Correlación de Pearson	0,223*	0,176	0,139	0,233*	0,312**	0,225*	0,063
	Sig. (bilateral)	0,044	0,114	0,214	0,035	0,004	0,042	0,575
Ansiedad Rasgo	Correlación de Pearson	0,227*	0,152	0,113	0,276*	0,338**	0,098	0,167
	Sig. (bilateral)	0,040	0,172	0,313	0,012	0,002	0,381	0,135
Depresión	Correlación de Pearson	0,169	0,153	0,095	0,099	0,303**	0,217*	0,027
	Sig. (bilateral)	0,128	0,171	0,397	0,374	0,006	0,050	0,813

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Una vez realizados los diferentes estudios de correlación entre las diferentes variables podemos concluir que el síndrome de burnout de los profesionales sanitarios no facultativos no se encuentra relacionado con los niveles de estrés laboral individual, pero sí lo está con la intensidad de las respuestas de estrés, así

como con las diferentes disfunciones emocionales que pudieran ir asociadas, tales como ansiedad, depresión y debilidad psicológica, en el sentido de que a mayor burnout, mayor número de respuestas de estrés, mayores niveles de ansiedad y de depresión y una mayor debilidad psicológica. En base a estos resultados, nuestra primera hipótesis queda así confirmada.

7.3 Eficacia del programa IRIS

Pretendemos conocer si la intervención realizada con el programa IRIS ha sido eficaz para reducir los niveles de burnout, reducir la intensidad de respuestas de estrés, reducir los valores de ansiedad, de depresión y por último, para mejorar las actitudes psicológicas disfuncionales de los sujetos sobre los que se ha aplicado la intervención, así como cual o cuales de los grupos experimentales (azul -a-, blanco -b-, cereza -c-, dorado -d- y ébano -e-) obtienen los mejores resultados tras la intervención. Es necesario recordar que los grupos azul, blanco, cereza y dorado reciben la intervención por las mañanas, y en la mayoría de los casos durante su turno de trabajo (previa autorización por los responsables de unidad) y que por el contrario, el grupo ébano recibe la intervención por las tardes y fuera de su turno de trabajo. Los grupos azul y blanco reciben la intervención quincenalmente y el resto de los grupos semanalmente.

La secuencia del análisis estadístico será la de en un primer momento exponer mediante tablas y gráficos los estadísticos descriptivos correspondientes a los grupos experimentales y al grupo control, en las fases pre-post. Por medio de una prueba paramétrica, la prueba t de Student para muestras relacionadas, valoraremos la existencia o no de diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de la fase post con respecto a la fase pre en el grupo experimental total ($n=61$) y por medio de una prueba no paramétrica de los rangos con signo de Wilcoxon observaremos si hay diferencias estadísticas en los grupos control ($n=21$), azul ($n=11$), blanco ($n=11$), cereza ($n=13$), dorado ($n=12$) y ébano ($n=14$).

Posteriormente se buscarán diferencias significativas entre el número total de sujetos experimentales en relación con el grupo control, para ello sometemos los datos a un análisis de varianza univariante para dos grupos en el caso del grupo experimental total y el grupo control, y por otra parte, para los grupos experimentales (a, b, c, d y e) y el grupo control realizamos un análisis de varianza univariante de comparaciones múltiples. Posteriormente compararemos los efectos principales por medio del ajuste de comparaciones múltiples de Bonferroni. Para poder llevar a cabo el análisis de varianza propuesto debemos en un primer lugar conocer la existencia de homocedasticidad u homogeneidad de las varianzas, para lo que aplicamos el contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error y por otra parte debemos determinar si las muestras proceden de poblaciones normalmente distribuidas para lo que emplearemos dos pruebas de significación: Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk (para muestras iguales o inferiores a 50).

Finalmente en caso de obtener resultados estadísticamente significativos entre los grupos experimentales y el grupo control realizaremos un análisis de covarianza (ANCOVA) con el fin de eliminar de la variable dependiente en estudio del ANOVA el efecto atribuible a variables no incluidas en el diseño y por tanto no sometidas a control experimental, por lo que utilizaremos como covariables las puntuaciones pretest de las variables dependientes. De esta manera conoceremos si las posibles diferencias estadísticas son debidas a la intervención realizada sobre el grupo experimental. Hemos de recordar que la interpretación apropiada de los resultados de un ANCOVA requiere utilizar como punto de referencia los resultados obtenidos en el correspondiente ANOVA (pág. 276, *SPSS: Guía para el análisis de datos*. Disponible en <http://www.spss.es>).

7.3.1 Análisis descriptivo pre-post de las variables

7.3.1.1 *Variable Burnout*

En la tabla 7.16 mostramos los estadísticos descriptivos correspondientes a la fase pretest y posttest de los diversos grupos experimentales y control con respecto a la variable Burnout. En las figuras 7.1 y 7.2 podemos apreciar las medias de los diferentes grupos con respecto a esa misma variable.

Tabla 7.16 Estadísticos descriptivos variable Burnout

BURNOUT TOTAL		N	Media		Desviación Típica	
			Pretest	Postest	Pretest	Postest
GRUPO EXPERIMENTAL	Grupo Azul	11	53,36	43,09	14,87	19,03
	Grupo Blanco	11	52,27	35,00	14,11	14,40
	Grupo Cereza	13	47,31	36,46	20,35	14,59
	Grupo Dorado	12	49,00	41,83	16,03	14,25
	Grupo Ébano	14	53,21	28,36	17,56	13,53
	Total Experimental	61	50,98	36,59	16,52	15,62
GRUPO CONTROL		21	47,10	48,71	21,23	20,41

Figura 7.1 Gráfico medias para grupo experimental y control en la Variable Burnout en la fase pretest y postest

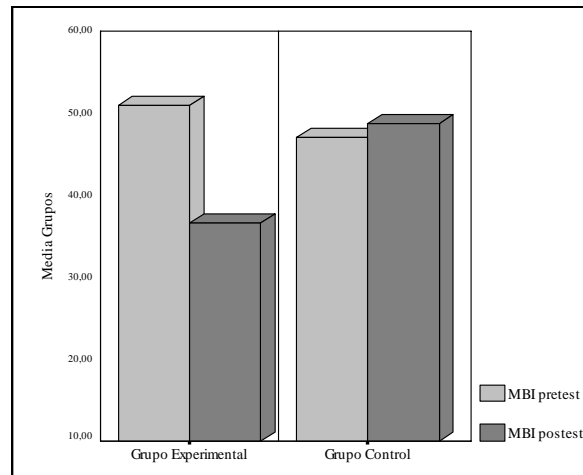
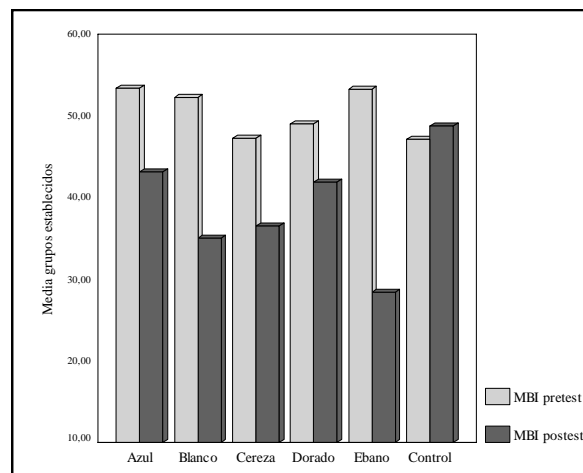


Figura 7.2 Gráfico medias para cada uno de los grupos en la Variable Burnout en la fase pretest y postest



Como se puede observar, las puntuaciones medias en la fase posttest son inferiores respecto al pretest en los grupos experimentales, no ocurre lo mismo con el grupo control. Después de la intervención se ha producido una disminución de los niveles de burnout en todos los grupos experimentales.

Para conocer el número de sujetos que han reducido sus niveles de burnout realizamos un análisis de frecuencias de la fase posttest en relación con la fase pretest con respecto al grupo experimental. De esta manera, en la fase pretest 34 sujetos (55,7%) puntuaron alto en burnout y 15 sujetos (24,6%) se encontraban en niveles medios de burnout. Al finalizar el programa IRIS sólo 13 sujetos (21,3%) se mantenían en niveles altos de burnout y 21 sujetos (34,4%) en niveles medios.

7.3.1.2 *Variable Intensidad de Respuestas de Estrés*

En la tabla 7.17 exponemos los estadísticos descriptivos correspondientes a la fase pretest y posttest de los diversos grupos experimentales y control con respecto a la variable Intensidad de Respuestas de Estrés. En las figuras 7.3 y 7.4 podemos apreciar las medias de los diferentes grupos con respecto a esa misma variable

Observamos que las puntuaciones medias en la fase posttest son inferiores respecto al pretest en los grupos experimentales, no ocurre lo mismo con el grupo

control. Después de la intervención se ha producido una disminución de los niveles de intensidad de respuestas de estrés en todos los grupos experimentales.

Tabla 7.17 Estadísticos descriptivos variable Intensidad de Respuestas de Estrés

INTENSIDAD RESPUESTA ESTRÉS	N	Media		Desviación Típica		
		Pretest	Postest	Pretest	Postest	
GRUPO EXPERIMENTAL	Grupo Azul	11	15,27	12,18	5,59	3,82
	Grupo Blanco	11	13,55	11,36	5,43	3,50
	Grupo Cereza	13	14,31	10,62	6,16	3,86
	Grupo Dorado	12	16,17	11,42	6,56	5,05
	Grupo Ébano	14	16,29	9,36	7,87	5,72
	Total Experimental	61	15,16	10,90	6,34	4,49
GRUPO CONTROL	21	14,76	14,95	8,35	7,26	

Figura 7.3 Gráfico medias para grupo experimental y control en la Variable Intensidad de Respuestas de Estrés en la fase pretest y postest

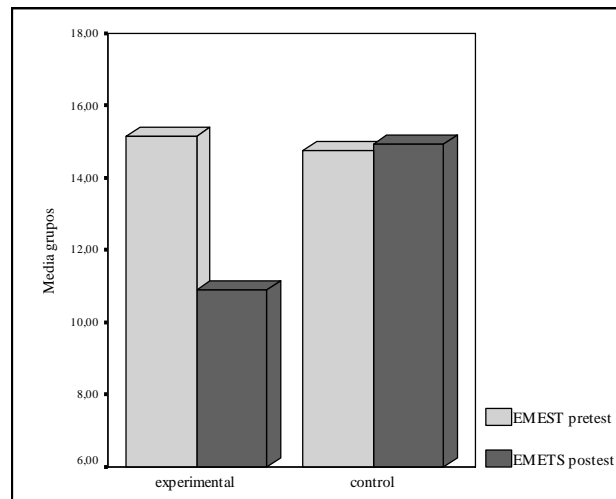
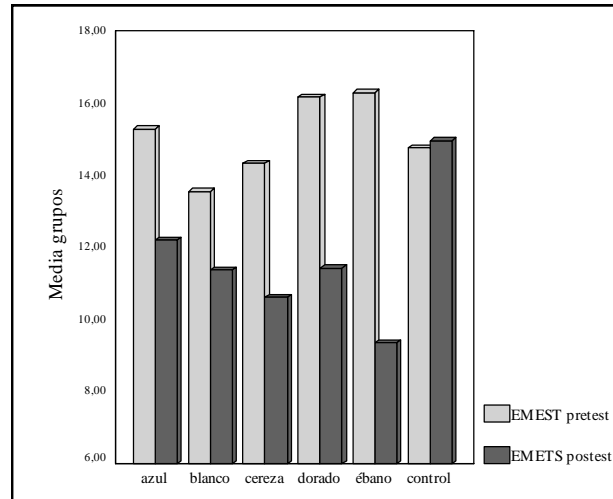


Figura 7.4 Gráfico medias para cada uno de los grupos en la Variable Intensidad de Respuestas de Estrés en la fase pretest y postest



Para determinar el número de sujetos del grupo experimental que han reducido su intensidad de respuestas de estrés, tomamos como referencia el valor 15 como valor absoluto más cercano a la media de la muestra nacional. Con esta referencia, y a través de un análisis de frecuencias obtenemos que en la fase pretest 27 sujetos (44,3%) puntúan por encima de 15, y en la fase postest, tan sólo 9 sujetos (14,8%) presentan un número de respuestas de estrés superior a 15.

7.3.1.3 Variable Ansiedad Rasgo

En la tabla 7.18 mostramos los estadísticos descriptivos correspondientes a la fase pretest y postest de los diversos grupos experimentales y control con respecto

a la variable Ansiedad Rasgo. En las figuras 7.5 y 7.6 observamos las medias de los diferentes grupos con respecto a esa misma variable.

Tabla 7.18 Estadísticos descriptivos variable Ansiedad/Rasgo

ANSIEDAD RASGO		N	Media		Desviación Típica	
			Pretest	Postest	Pretest	Postest
GRUPO EXPERIMENTAL	Grupo Azul	11	23,91	24,55	9,10	7,89
	Grupo Blanco	11	21,82	18,09	7,55	5,96
	Grupo Cereza	13	15,69	13,69	5,57	5,84
	Grupo Dorado	12	23,33	20,08	11,45	8,63
	Grupo Ébano	14	24,93	17,93	8,81	7,03
	Total Experimental	61	21,90	18,67	9,06	7,73
GRUPO CONTROL		21	22,57	23,71	10,93	11,48

Figura 7.5 Gráfico medias para grupo experimental y control en la Variable Ansiedad/Rasgo en la fase pretest y postest

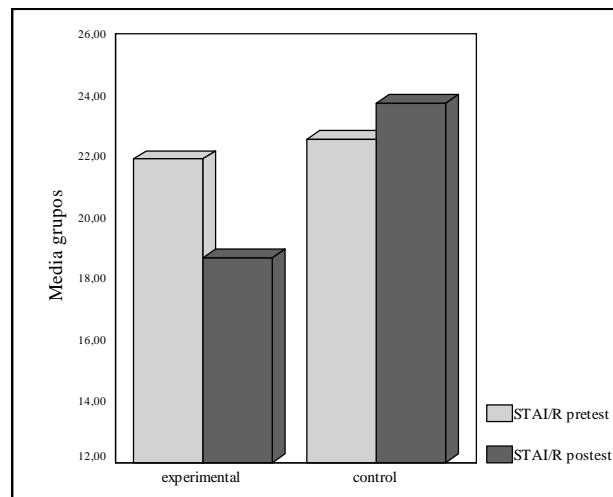
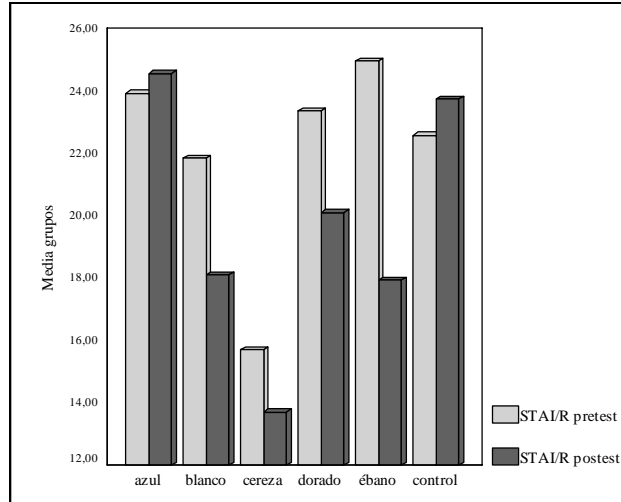


Figura 7.6 Gráfico medias para cada uno de los grupos en la Variable Ansiedad/Rasgo en la fase pretest y postest



Apreciamos que las puntuaciones medias en la fase postest son inferiores respecto al pretest en los grupos experimentales, excepto las encontradas en el grupo azul y en el grupo control.

Con respecto al análisis de frecuencias y tomando como referencia la media publicada por Seisdedos (1988) observamos que 18 sujetos (29,5%) del grupo experimental presentaban puntuaciones, en la fase pretest, por encima de la media en ansiedad/rasgo, mientras que tras la intervención fueron 13 sujetos (21,3%) los que superaban dicha media.

7.3.1.4 Variable Depresión

En la tabla 7.19 presentamos los estadísticos descriptivos correspondientes a la fase pretest y posttest de los diversos grupos experimentales y control con respecto a la variable Depresión. En las figuras 7.7 y 7.8 mostramos las medias de los diferentes grupos con respecto a esa misma variable.

Tabla 7.19 Estadísticos descriptivos variable Depresión

DEPRESIÓN		N	Media		Desviación Típica	
			Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
GRUPO EXPERIMENTAL	Grupo Azul	11	8,27	5,55	6,60	6,41
	Grupo Blanco	11	5,73	2,09	5,55	2,95
	Grupo Cereza	13	5,15	2,00	4,30	2,38
	Grupo Dorado	12	9,50	4,67	9,42	5,33
	Grupo Ébano	14	9,43	3,43	6,73	3,55
	Total Experimental	61	7,66	3,51	6,76	4,39
GRUPO CONTROL		21	8,62	7,52	6,30	7,06

Figura 7.7 Gráfico medias para grupo experimental y control en la Variable Depresión en la fase pretest y posttest

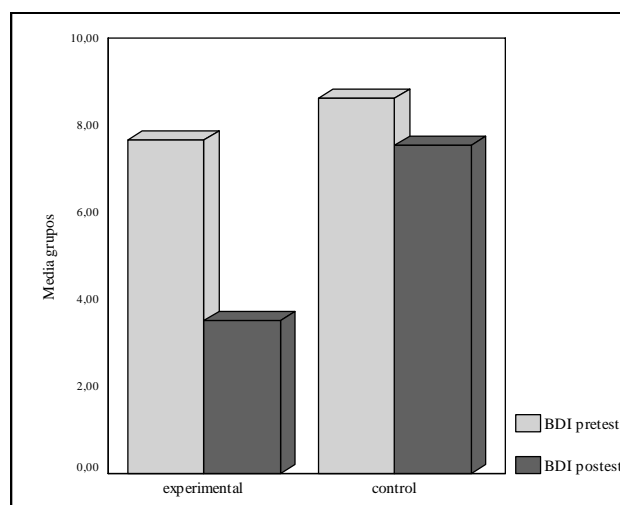
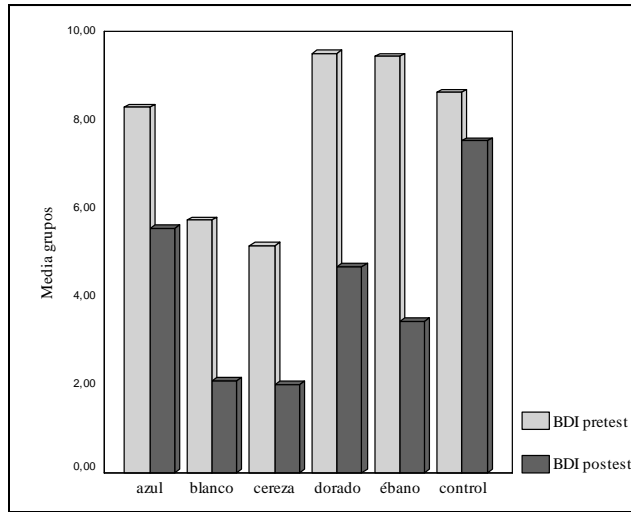


Figura 7.8 Gráfico medias para cada uno de los grupos en la Variable Depresión en la fase pretest y postest



Observamos que las puntuaciones medias en la fase postest son inferiores respecto al pretest en los grupos experimentales, así como también en el grupo control. Después de la intervención se ha producido una disminución de los niveles de depresión en todos los grupos experimentales.

Analizando las frecuencias en el grupo experimental, obtenemos que en la fase pretest 10 sujetos (16,4%) presentaban niveles leves de depresión, 7 sujetos (11,5%) niveles moderados y 2 sujetos (3,3%) niveles graves de depresión. Al finalizar la intervención 3 sujetos (4,9%) presentaban niveles leves de depresión, otros 3 sujetos (4,9%) niveles moderados y ningún sujeto presentaba niveles de depresión grave.

7.3.1.5 Variable Actitud Psicológica Disfuncional

En la tabla 7.20 presentamos los estadísticos descriptivos correspondientes a la fase pretest y postest de los diversos grupos experimentales y control con respecto a la variable Actitud Psicológica Disfuncional. En las figuras 7.9 y 7.10 mostramos las medias de los diferentes grupos con respecto a esa misma variable.

Tabla 7.20 Estadísticos descriptivos variable Actitud Psicológica Disfuncional

ACTITUD PSICOLÓGICA DISFUNCIONAL		N	Media		Desviación Típica	
			Pretest	Postest	Pretest	Postest
GRUPO EXPERIMENTAL	Grupo Azul	11	-11,27	11,45	10,21	14,74
	Grupo Blanco	11	-5,91	17,36	22,11	17,67
	Grupo Cereza	13	8,15	21,77	18,69	19,96
	Grupo Dorado	12	-8,17	12,67	21,83	14,66
	Grupo Ébano	14	-0,57	27,79	21,39	13,91
	Total Experimental	61	-3,10	20,07	18,70	16,96
GRUPO CONTROL		21	3,48	7,52	15,00	20,50

Recordemos que las puntuaciones negativas suponen debilidad psicológica y las positivas fortaleza psicológica, a partir de ahí, observamos que las puntuaciones medias en la fase postest son superiores respecto al pretest en los grupos experimentales, así como también en el grupo control. Después de la intervención se ha producido una mejora de las actitudes psicológicas disfuncionales en todos los grupos experimentales.

Figura 7.9 Gráfico medias para grupo experimental y control en la Variable Actitud Psicológica Disfuncional en la fase pretest y postest

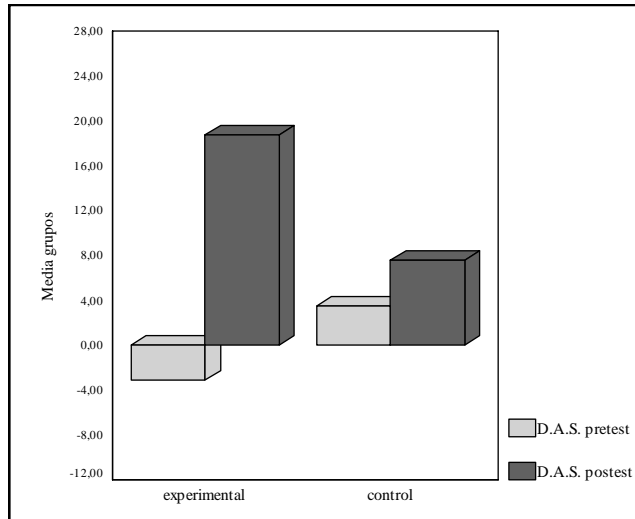
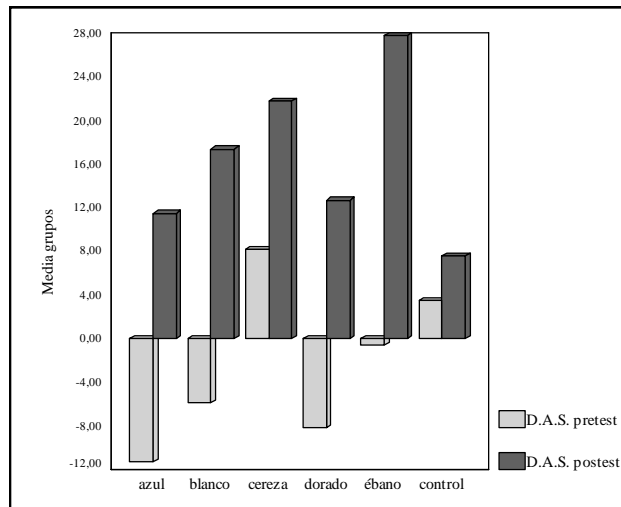


Figura 7.10 Gráfico medias para cada uno de los grupos en la Variable Actitud Psicológica Disfuncional en la fase pretest y postest



En referencia al grupo experimental, en la fase pretest, 33 sujetos (54,1%) presentaban puntuaciones medias en el área de debilidad psicológica (puntuaciones negativas), mientras que tras la intervención, tan sólo 9 sujetos (14,8%) podían ser considerados como psicológicamente débiles.

7.3.1.6 *Variable Estrés Laboral*

En nuestra primera hipótesis de trabajo planteamos el hecho de que el estrés laboral no se relacionaba con el burnout y a través de los resultados obtenidos en la prueba de correlación lo hemos corroborado, pero sería importante conocer si el estrés laboral se ha visto influido por la intervención o si no han existido diferencias estadísticamente significativas entre las fases pretest y posttest, para de esta manera confirmar que la intervención realizada pudiera ser efectiva independientemente de los niveles de estrés laboral que esté padeciendo el sujeto.

Para determinar lo anteriormente comentado vamos a realizar un análisis descriptivo de la variable Estrés Laboral, así como posteriormente una determinación de la significación estadística de dicha variable.

En la tabla 7.21 mostramos los estadísticos descriptivos correspondientes a la fase pretest y posttest de los diversos grupos experimentales y control con respecto a la variable Estrés Laboral. En las figuras 7.11 y 7.12 observamos las medias de los diferentes grupos con respecto a esa misma variable.

Como se puede observar, las puntuaciones medias en la fase posttest son inferiores respecto al pretest en los grupos experimentales blanco, cereza y ébano, así como en el grupo control, y son superiores en los grupos azul y dorado.

Tabla 7.21 Estadísticos descriptivos variable Estrés Laboral

ESTRÉS LABORAL	N	Media		Desviación Típica		
		Pretest	Postest	Pretest	Postest	
GRUPO EXPERIMENTAL	Grupo Azul	11	68,91	74,73	23,70	24,73
	Grupo Blanco	11	84,64	80,18	32,27	32,58
	Grupo Cereza	13	77,92	71,15	24,48	24,60
	Grupo Dorado	12	72,50	72,83	41,01	35,22
	Grupo Ébano	14	80,14	70,21	34,64	30,33
	Total Experimental	61	76,95	73,54	31,38	28,96
GRUPO CONTROL	21	87,95	83,33	39,11	29,60	

Figura 7.11 Gráfico medias para grupo experimental y control en la Variable Estrés Laboral en la fase pretest y postest

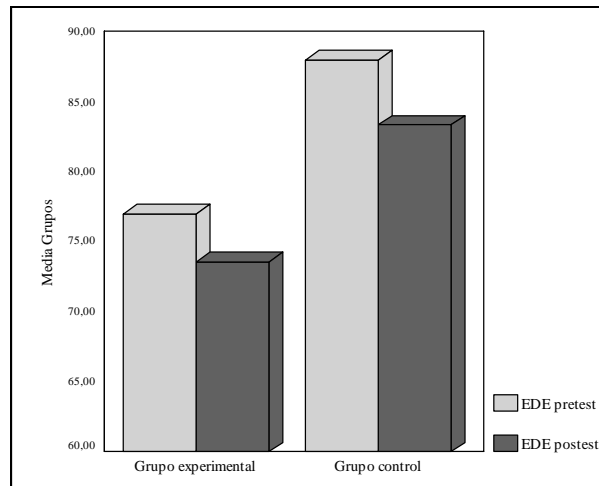
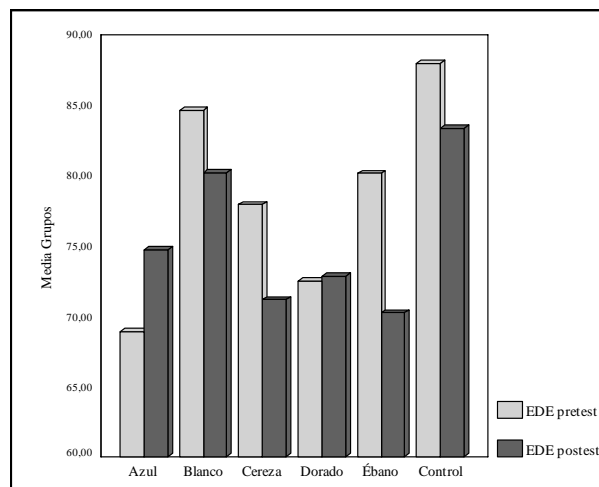


Figura 7.12 Gráfico medias para cada uno de los grupos en la Variable Estrés Laboral en la fase pretest y postest



No hemos encontrado una reducción clara de los niveles de puntuación en estrés laboral en todos los grupos, incluso en algunos grupos experimentales se han encontrado aumentos de las puntuaciones, pero vamos a estudiar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos experimentales con respecto al grupo control, tanto en esta como en las anteriores variables.

7.3.2 Significación estadística

Hemos observado que existen diferencias en la fase posttest con respecto a la fase pretest para la mayoría de las variables dependientes correspondientes a los grupos experimentales, algo que no ocurre con el grupo control. Por lo que es necesario detallar si dichas diferencias son estadísticamente significativas.

Para conocer si las diferencias logradas tras la intervención son significativas, vamos a someter a los datos obtenidos de las variables, del grupo experimental total, a una prueba *t* de Student para muestras relacionadas (tabla 7.22), y por medio de una prueba de rangos con signo de Wilcoxon analizaremos los datos de los grupos azul, blanco, cereza, dorado y ébano, así como los del grupo control (tablas 7.23 y 7.24).

Tabla 7.22 Resultados Prueba *t* de Student para las variables dependientes en el grupo experimental total (n=61)

Variable Dependiente (Grupo Experimental n=61)	Par relacionado	Diferencia de medias relacionadas	t	Significación (bilateral)
Burnout	MBI pre-post	14,39	7,479	0,000
Cansancio Emocional	MBI: CE pre-post	7,08	6,737	0,000
Despersonalización	MBI: DP pre-post	3,08	4,678	0,000
Realización Personal	MBI: RP pre-post	-4,41	-3,622	0,001
Estrés Laboral	EDE pre-post	3,41	0,867	0,389
Intensidad Respuestas de Estrés	EMEST pre-post	4,26	6,455	0,000
Ansiedad Rasgo	A/R pre-post	3,23	4,421	0,000
Depresión	BDI pre-post	4,15	6,325	0,000
Actitud Psicológica Disfuncional	DAS pre-post	-21,80	-11,279	0,000

Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%

En la tabla 7.22 se puede observar que existen diferencias estadísticamente significativas, en el grupo experimental total, para la variable Burnout, así como para el resto de las dimensiones del burnout; del mismo modo también hallamos diferencias estadísticamente significativas para las variables Intensidad de Respuestas de Estrés, Ansiedad/ Rasgo, Depresión y Actitud Psicológica Disfuncional. Por otra parte, no se observan diferencias estadísticas en la variable Estrés Laboral.

Tabla 7.23 Resultados prueba de Rangos con signo de Wilcoxon. Variable Burnout y Dimensiones del Burnout. Grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control.

Variable Dependiente	Grupo	Z	Significación (bilateral)
BURNOUT	Experimental Azul	-2,136 ^a	0,033
	Experimental Blanco	-2,847 ^a	0,004
	Experimental Cereza	-1,887 ^a	0,059
	Experimental Dorado	-1,573 ^a	0,116
	Experimental Ébano	-3,183 ^a	0,001
	Control	-0,052 ^a	0,958
CANSANCIO EMOCIONAL	Experimental Azul	-2,184 ^a	0,029
	Experimental Blanco	-2,632 ^a	0,008
	Experimental Cereza	-2,670 ^a	0,008
	Experimental Dorado	-1,924 ^a	0,054
	Experimental Ébano	-2,828 ^a	0,005
	Control	-0,150 ^a	0,881
DESPERSONALIZACIÓN	Experimental Azul	-1,679 ^a	0,090
	Experimental Blanco	-2,403 ^a	0,016
	Experimental Cereza	-1,416 ^a	0,157
	Experimental Dorado	-1,127 ^a	0,260
	Experimental Ébano	-1,799 ^a	0,072
	Control	-1,070 ^b	0,285
REALIZACIÓN PERSONAL	Experimental Azul	-0,667 ^b	0,505
	Experimental Blanco	-1,995 ^b	0,046
	Experimental Cereza	-0,874 ^a	0,382
	Experimental Dorado	-0,785 ^b	0,432
	Experimental Ébano	-3,179 ^b	0,001
	Control	-1,011 ^b	0,312

Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Basado en rangos positivos. b. Basado en rangos negativos

En la tabla 7.23 se observan diferencias estadísticamente significativas en los grupos azul, blanco y ébano para la variable Burnout; en los grupos azul, blanco, cereza y ébano para la dimensión Cansancio Emocional; en el grupo blanco para la Dimensión Despersonalización y en los grupos blanco y ébano para la Dimensión Realización Personal. Por otra parte no existen diferencias estadísticamente significativas en los resultados del grupo control.

Tabla 7.24 Resultados prueba de Rangos con signo de Wilcoxon. Variables: Estrés Laboral, Intensidad Respuesta de Estrés, Ansiedad Rasgo, Depresión y Actitud psicológica Disfuncional. Grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control.

Variable Dependiente	Grupo	Z	Significación (bilateral)
ESTRÉS LABORAL	Experimental Azul	-0,510 ^b	0,610
	Experimental Blanco	-0,267 ^a	0,790
	Experimental Cereza	-0,981 ^a	0,326
	Experimental Dorado	-0,510 ^b	0,610
	Experimental Ébano	-0,816 ^a	0,414
	Control	-0,365 ^a	0,715
INTENSIDAD RESPUESTAS DE ESTRÉS	Experimental Azul	-2,236 ^a	0,025
	Experimental Blanco	-1,381 ^a	0,167
	Experimental Cereza	-2,555 ^a	0,011
	Experimental Dorado	-2,638 ^a	0,008
	Experimental Ébano	-3,118 ^a	0,002
	Control	-0,460 ^a	0,645
ANSIEDAD RASGO	Experimental Azul	-0,358 ^b	0,720
	Experimental Blanco	-2,405 ^a	0,016
	Experimental Cereza	-1,782 ^a	0,075
	Experimental Dorado	-1,964 ^a	0,050
	Experimental Ébano	-2,910 ^a	0,004
	Control	-1,558 ^a	0,119
DEPRESIÓN	Experimental Azul	-1,636 ^a	0,102
	Experimental Blanco	-2,371 ^a	0,018
	Experimental Cereza	-2,409 ^a	0,016
	Experimental Dorado	-2,670 ^a	0,008
	Experimental Ébano	-2,594 ^a	0,009
	Control	-0,767 ^b	0,443
ACTITUD PSICOLÓGICA DISFUNCIONAL	Experimental Azul	-2,758 ^b	0,006
	Experimental Blanco	-2,845 ^b	0,004
	Experimental Cereza	-3,182 ^b	0,001
	Experimental Dorado	-3,061 ^b	0,002
	Experimental Ébano	-3,298 ^b	0,001
	Control	-2,017 ^a	0,044

Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Basado en rangos positivos. b. Basado en rangos negativos

En la tabla 7.24 observamos diferencias estadísticamente significativas en los grupos azul, cereza, dorado y ébano para la variable Intensidad de Respuestas de

Estrés; en los grupos blanco, dorado y ébano para la variable Ansiedad/Rasgo; en los grupos blanco, cereza, dorado y ébano para la variable Depresión; y en todos los grupos experimentales para la variable Actitud Psicológica Disfuncional. El grupo control tan sólo obtiene diferencias estadísticamente significativas en la variable Actitud Psicológica Disfuncional.

Por medio de estos resultados podemos afirmar que existen diferencias estadísticas tanto entre el grupo experimental total como entre los grupos experimentales (a, b, c, d, y e) con respecto al grupo control. Ahora podríamos preguntarnos si esas diferencias son debidas a la intervención llevada a cabo con el programa IRIS. Para ello valoraremos la eficacia de dicho programa con respecto a cada una de las variables.

7.3.3 Pruebas de normalidad y homocedasticidad

7.3.3.1 *Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la variable*

Burnout

Primeramente exponemos los resultados de la asimetría y la curtosis correspondientes a la variable Burnout. El valor de la asimetría para el total del grupo experimental es de 0,043, con una curtosis de -0,633. Para el grupo control la asimetría es de 0,434 y una curtosis de -0,372.

**Tabla 7.25 Variable Burnout: Pruebas de normalidad.
Fase pretest en grupos experimental total y control**

Variable Burnout	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Significación	Estadístico	gl	Significación
Grupo Experimental	0,061	61	0,200*			
Grupo control	0,121	21	0,200*	0,950	21	0,391

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

**Tabla 7.26 Variable Burnout: Prueba de homogeneidad de la varianza.
Fase pretest en grupo experimental total y control**

Variable Burnout	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Significación
Basándose en la media	1,400	1	80	0,240
Basándose en la mediana.	1,213	1	80	0,274
Basándose en la mediana y con gl corregido	1,213	1	71,767	0,274
Basándose en la media recortada	1,328	1	80	0,253

**Tabla 7.27 Variable Burnout: Pruebas de normalidad.
Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control**

Variable Burnout	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Significación	Estadístico	gl	Significación
Grupo azul	0,237	11	0,085	0,898	11	0,237
Grupo blanco	0,122	11	0,200*	0,947	11	0,589
Grupo cereza	0,160	13	0,200*	0,931	13	0,398
Grupo dorado	0,129	12	0,200*	0,964	12	0,784
Grupo ébano	0,086	14	0,200*	0,984	14	0,978
Grupo control	0,121	21	0,200*	0,950	21	0,391

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

**Tabla 7.28 Variable Burnout: Prueba de homogeneidad de la varianza.
Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control**

Variable Burnout	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Significación
Basándose en la media	0,965	5	76	0,445
Basándose en la mediana.	0,833	5	76	0,531
Basándose en la mediana y con gl corregido	0,833	5	68,182	0,531
Basándose en la media recortada	0,963	5	76	0,446

Las tablas 7.25, 7.26, 7.27 y 7.28 nos indican que existe una distribución normal de los datos, así como una homogeneidad en las varianzas de los grupos puestos a prueba.

7.3.3.2 Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la variable Intensidad de Respuestas de Estrés

En primer lugar indicamos los resultados de la asimetría y la curtosis correspondientes a la variable Intensidad de Respuestas de Estrés. El valor de la asimetría para el total del grupo experimental es de 0,592, con una curtosis de 0,391. Para el grupo control la asimetría es de 0,485 con una curtosis de 0,079.

Tabla 7.29 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimental total y control

Variable Intensidad Respuestas Estrés	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Significación	Estadístico	gl	Significación
Grupo Experimental	0,130	61	0,012			
Grupo control	0,155	21	0,200*	0,970	21	0,695

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 7.30 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupo experimental total y control

Variable Intensidad Respuestas Estrés	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Significación
Basándose en la media	1,933	1	80	0,168
Basándose en la mediana.	2,047	1	80	0,156
Basándose en la mediana y con gl corregido	2,047	1	77,480	0,157
Basándose en la media recortada	2,022	1	80	0,159

Tabla 7.31 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control

Variable Intensidad Respuestas Estrés	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Significación	Estadístico	gl	Significación
Grupo azul	0,176	11	0,200*	,939	11	0,495
Grupo blanco	0,249	11	0,056	,868	11	0,085
Grupo cereza	0,212	13	0,113	,917	13	0,300
Grupo dorado	0,237	12	0,061	,933	12	0,435
Grupo ébano	0,179	14	0,200*	,924	14	0,325
Grupo control	0,155	21	0,200*	,970	21	0,695

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 7.32 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control

Variable Intensidad Respuestas Estrés	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Significación
Basándose en la media	0,649	5	76	0,663
Basándose en la mediana.	0,640	5	76	0,670
Basándose en la mediana y con gl corregido	0,640	5	66,710	0,670
Basándose en la media recortada	0,641	5	76	0,669

Las tablas 7,29, 7.30, 7.31 y 7.32 nos indican que existe una distribución normal de los datos, así como una homogeneidad en las varianzas de los grupos puestos a prueba.

7.3.3.3 Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la variable Ansiedad Rasgo

Mostramos los resultados de la asimetría y la curtosis correspondientes a la variable Ansiedad Rasgo. El valor de la asimetría para el total del grupo experimental es de 0,789, con una curtosis de 0,520. Para el grupo control la asimetría es de 0,217 con una curtosis de -0,602.

Tabla 7.33 Variable Ansiedad Rasgo: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimental total y control

Variable Ansiedad/R	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Significación	Estadístico	gl	Significación
Grupo Experimental	0,140	61	0,004			
Grupo control	0,152	21	0,200*	0,969	21	0,680

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 7.34 Variable Ansiedad Rasgo: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupo experimental total y control

Variable Ansiedad/R	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Significación
Basándose en la media	2,379	1	80	0,127
Basándose en la mediana.	1,860	1	80	0,176
Basándose en la mediana y con gl corregido	1,860	1	78,290	0,176
Basándose en la media recortada	2,399	1	80	0,125

Tabla 7.35 Variable Ansiedad Rasgo: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control

Variable Ansiedad/R	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Significación	Estadístico	gl	Significación
Grupo azul	0,219	11	0,145	0,777	11	0,010**
Grupo blanco	0,157	11	0,200*	0,912	11	0,324
Grupo cereza	0,102	13	0,200*	0,969	13	0,835
Grupo dorado	0,178	12	0,200*	0,953	12	0,634
Grupo ébano	0,173	14	0,200*	0,907	14	0,189
Grupo control	0,152	21	0,200*	0,969	21	0,680

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera. **. Este es un límite superior de la significación verdadera

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 7.36 Variable Ansiedad Rasgo: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control

Variable Ansiedad/R	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Significación
Basándose en la media	1,934	5	76	0,098
Basándose en la mediana.	1,371	5	76	0,245
Basándose en la mediana y con gl corregido	1,371	5	62,430	0,247
Basándose en la media recortada	1,863	5	76	0,111

Las tablas 7.33, 7.34, 7.35 y 7.36 nos indican que existe una homogeneidad en las varianzas de los grupos puestos a prueba y una distribución normal de los datos, excepto para los obtenidos en los sujetos del grupo azul.

7.3.3.4 Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la variable *Depresión*

Mostramos los resultados de la asimetría y la curtosis correspondientes a la variable Depresión. El valor de la asimetría para el total del grupo experimental es de 1,096 con una curtosis de 0,761. Para el grupo control la asimetría es de 0,957 con una curtosis de 0,791.

Tabla 7.37 Variable Depresión: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimental total y control

Variable Depresión	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Significación	Estadístico	gl	Significación
Grupo Experimental	0,177	61	0,000			
Grupo control	0,143	21	0,200*	0,935	21	0,225

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 7.38 Variable Depresión: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupo experimental total y control

Variable Depresión	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Significación
Basándose en la media	0,457	1	80	0,501
Basándose en la mediana.	0,124	1	80	0,726
Basándose en la mediana y con gl corregido	0,124	1	77,822	0,726
Basándose en la media recortada	0,326	1	80	0,569

Tabla 7.39 Variable Depresión: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control

Variable Depresión	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Significación	Estadístico	gl	Significación
Grupo azul	0,242	11	0,071	0,850	11	0,051
Grupo blanco	0,188	11	0,200*	0,888	11	0,176
Grupo cereza	0,221	13	0,082	0,903	13	0,198
Grupo dorado	0,271	12	0,015	0,846	12	0,037
Grupo ébano	0,141	14	0,200*	0,946	14	0,492
Grupo control	,143	21	0,200*	0,935	21	0,225

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 7.40 Variable Depresión: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control

Variable Depresión	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Significación
Basándose en la media	1,860	5	76	0,111
Basándose en la mediana.	0,872	5	76	0,504
Basándose en la mediana y con gl corregido	0,872	5	47,008	0,507
Basándose en la media recortada	1,653	5	76	0,156

Las tablas 7.37, 7.38, 7.39 y 7.40 nos indican que existe una homogeneidad en las varianzas de los grupos puestos a prueba y una distribución normal de los datos, excepto para los obtenidos en los sujetos del grupo Dorado (aunque presenta homogeneidad de la varianza).

7.3.3.5 Pruebas de normalidad y homocedasticidad para la variable *Actitud Psicológica Disfuncional*

Mostramos los resultados de la asimetría y la curtosis correspondientes a la variable Actitud Psicológica Disfuncional. El valor de la asimetría para el total del grupo experimental es de 0,019 con una curtosis de -0,297. Para el grupo control la asimetría es de -0,154 con una curtosis de 0,239.

Tabla 7.41 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimental total y control

Variable Actitud Psicológica Disfuncional	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Significación	Estadístico	gl	Significación
Grupo Experimental	0,069	61	0,200*			
Grupo control	0,123	21	0,200*	0,976	21	0,814

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 7.42 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupo experimental total y control

Variable Actitud Psicológica Disfuncional	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Significación
Basándose en la media	2,312	1	80	0,132
Basándose en la mediana.	2,329	1	80	0,131
Basándose en la mediana y con gl corregido	2,329	1	77,119	0,131
Basándose en la media recortada	2,316	1	80	0,132

Tabla 7.43 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Pruebas de normalidad. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control

Variable Actitud Psicológica Disfuncional	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Significación	Estadístico	gl	Significación
Grupo azul	0,167	11	0,200*	0,959	11	0,725
Grupo blanco	0,192	11	0,200*	0,951	11	0,628
Grupo cereza	0,155	13	0,200*	0,951	13	0,585
Grupo dorado	0,206	12	0,169	0,945	12	0,523
Grupo ébano	0,148	14	0,200*	0,967	14	0,785
Grupo control	0,123	21	0,200*	0,976	21	0,814

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla 7.44 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Prueba de homogeneidad de la varianza. Fase pretest en grupos experimentales (a,b,c,d,e) y control

Variable Actitud Psicológica Disfuncional	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Significación
Basándose en la media	1,254	5	76	0,293
Basándose en la mediana.	0,897	5	76	0,488
Basándose en la mediana y con gl corregido	0,897	5	62,514	0,489
Basándose en la media recortada	1,175	5	76	0,330

Las tablas 7.41, 7.42, 7.43 y 7.44 nos indican que existe una distribución normal de los datos, así como una homogeneidad en las varianzas de los grupos puestos a prueba.

7.3.4 ¿Es eficaz el programa IRIS?

7.3.4.1 Eficacia del programa IRIS para la variable Burnout.

Mediante el procedimiento univariante, siguiendo el Modelo Lineal General (ANOVA) encontramos, en la fase post, diferencias significativas ($p=0,006$) en la variable Burnout entre el grupo experimental total y el grupo control, así como entre los diferentes grupos experimentales (a, b, c, d, y e) y el grupo control ($p=0,018$). Los sujetos experimentales han reducido sus niveles de burnout de una manera significativa en la fase posttest con respecto al grupo control, ya sea el

grupo experimental total, como en algunos de los grupos experimentales (a, b, c, d, y e).

En las tablas 7.45 y 7.46 exponemos el análisis de covarianza (ANCOVA) para valorar si las diferencias estadísticamente significativas observadas pudieran atribuirse a variables no incluidas en el diseño y por lo tanto, no sometidas a control experimental. Por este motivo vamos a seleccionar como covariable a las puntuaciones obtenidas en la variable Burnout en la fase pretest, realizando posteriormente una comparación entre pares, en la que observaremos la significación estadística obtenida o atribuida a la intervención.

Observamos que el resultado del ANOVA y el ANCOVA ofrecen la misma significación por lo que podemos decir que a pesar de que la covariable (burnout en fase pretest) correlaciona con la variable dependiente no afecta a la relación de ésta última con los factores (grupos experimentales y control).

**Tabla 7.45 Variable Burnout: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA).
Grupo experimental total - Grupo control**

Variable Burnout post.	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	12181,260 ^a	2	6090,630	36,791	0,000
Intersección	1312,731	1	1312,731	7,930	0,006
Burnout pretest	9884,922	1	9884,922	59,711	0,000
Total experimental - Grupo control	3276,802	1	3276,802	19,794	0,000
Error	13078,118	79	165,546		
Total	154467,000	82			
Total corregida	25259,378	81			

Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%.

a. R cuadrado = 0,482 (R cuadrado corregida = 0,469)

Tabla 7.46 Variable Burnout: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupos experimentales (a,b,c,d,e) - Grupo control

Variable Burnout post.	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	14391,407 ^a	6	2398,568	16,553	0,000
Intersección	375,666	1	375,666	2,592	0,112
Burnout pretest	10323,335	1	10323,335	71,241	0,000
Grupos exp. (a,b,c,d,e) – Grupo control	5486,949	5	1097,390	7,573	0,000
Error	10867,971	75	144,906		
Total	154467,000	82			
Total corregida	25259,378	81			

Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%.

a. R cuadrado = 0,570 (R cuadrado corregida = 0,535)

En las tablas 7.47 y 7.48 exponemos unas comparaciones por pares basadas en las medias marginales estimadas en relación a como aparecen las covariables en el modelo, realizando además, un ajuste de comparaciones múltiples de Bonferroni.

Tabla 7.47 Variable Burnout: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupo experimental total – Grupo control

Variable Burnout	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b	
Grupo control	Grupo Experimental	35,969	14,550*	3,270	0,000
	Grupo Control	50,519			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Burnout pretest = 49,99. b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.48 Variable Burnout: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupos experimentales (a,b,c,d,e) – Grupo control

Variable Burnout	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b	
Grupo Control	Grupo azul	40,922	9,650	4,506	0,532
	Grupo blanco	33,532	17,040*	4,498	0,005
	Grupo cereza	38,183	12,389	4,248	0,070
	Grupo dorado	42,468	8,104	4,359	1,000
	Grupo ébano	26,285	24,288*	4,179	0,000
	Grupo control	50,572			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Burnout pretest = 49,99. b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Finalmente podemos indicar que la intervención ha sido eficaz para reducir el burnout en los sujetos experimentales tomados en su globalidad, así como que en el análisis por grupos experimentales (a, b, c, d y e) los resultados han sido estadísticamente significativos para los grupos blanco y ébano (el grupo azul aunque presentaba significación estadística en la tabla 7.23, ésta no puede ser atribuida únicamente a la intervención).

7.3.4.2 Eficacia del programa IRIS para la variable Intensidad de Respuestas de Estrés.

Mediante el procedimiento univariante, siguiendo el Modelo Lineal General (ANOVA) encontramos, en la fase post, diferencias significativas ($p=0,004$) en la variable Intensidad de Respuestas de Estrés entre el grupo experimental total y el grupo control, no así en la generalidad de los diferentes grupos experimentales (a, b, c, d y e) y el grupo control ($p=0,067$).

En las tablas 7.49 y 7.50 exponemos el análisis de covarianza (ANCOVA) para valorar si las diferencias estadísticamente significativas observadas pudieran atribuirse a variables no incluidas en el diseño y por lo tanto, no sometidas a control experimental. Por este motivo vamos a seleccionar como covariable a las puntuaciones obtenidas en la variable Intensidad de Respuestas de Estrés en la fase

pretest, realizando posteriormente una comparación entre pares, en la que observaremos la significación estadística obtenida o atribuida a la intervención.

Observamos que el resultado del ANOVA y el ANCOVA ofrecen la misma significación para el grupo experimental total / grupo control por lo que podemos decir que a pesar de que la covariable (Intensidad de Respuestas de Estrés en fase pretest) correlaciona con la variable dependiente no afecta a la relación de ésta última con los factores (grupos experimentales y control). Por otra parte, los grupos experimentales analizados separadamente no ofrecen la misma significación, ya que el efecto no significativo en el ANOVA, pasa a serlo en el ANCOVA, por lo que podemos interpretar que la variable independiente (grupos experimentales/ control), aun no estando relacionada globalmente con la variable dependiente globalmente considerada, sí correlaciona con la parte de la variable dependiente no explicada o no atribuible a la covariable.

Tabla 7.49 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupo experimental total-Grupo control

Variable Intensidad Respuestas Estrés postets	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	1375,906 ^a	2	687,953	47,474	0,000
Intersección	309,032	1	309,032	21,326	0,000
Intensidad Respuestas Estrés pretest	1119,573	1	1119,573	77,260	0,000
Total experimental – Grupo control	284,490	1	284,490	19,632	0,000
Error	1144,789	79	14,491		
Total	14209,000	82			
Total corregida	2520,695	81			

Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95

a. R cuadrado = 0,546 (R cuadrado corregida = 0,534)

Tabla 7.50 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupos experimentales (a,b,c,d,e) - Grupo control

Variable Intensidad Respuestas Estrés postets	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	1478,301 ^a	6	246,383	17,727	0,000
Intersección	143,173	1	143,173	10,301	0,002
Intensidad Respuestas Estrés pretest	1163,948	1	1163,948	83,746	0,000
Grupos exp. (a,b,c,d,e) – Grupo control	386,885	5	77,377	5,567	0,000
Error	1042,394	75	13,899		
Total	14209,000	82			
Total corregida	2520,695	81			

Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%.

a. R cuadrado = 0,586 (R cuadrado corregida = 0,553)

En las tablas 7.51 y 7.52 exponemos unas comparaciones por pares basadas en las medias marginales estimadas en relación a como aparecen las covariables en el modelo, realizando además, un ajuste de comparaciones múltiples de Bonferroni

Tabla 7.51 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni para la Fase postest. Grupo experimental total – Grupo control

Variable Respuestas Intensidad Estrés	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b	
Grupo control	Grupo Experimental	10,846	4,269*	0,963	0,000
	Grupo Control	15,115			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Intensidad Respuestas de Estrés pretest = 15,06. b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.52 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni para la Fase posttest. Grupos experimentales (a,b,c,d,e)– Grupo control

Variable Respuestas Intensidad Estrés		Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b
Grupo Control	Grupo azul	12,064	3,056	1,388	0,461
	Grupo blanco	12,210	2,910	1,390	0,595
	Grupo cereza	11,036	4,083*	1,316	0,041
	Grupo dorado	10,800	4,320*	1,352	0,031
	Grupo ébano	8,674	6,446*	1,290	0,000
	Grupo control	15,119			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Intensidad Respuestas de Estrés pretest = 15,06. b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Finalmente podemos indicar que la intervención ha sido eficaz para reducir la intensidad de las respuestas de estrés en los sujetos experimentales tomados en su globalidad, así como que en el análisis por grupos experimentales (a, b, c, d y e) los resultados han sido estadísticamente significativos para los grupos cereza, dorado y ébano (el grupo azul aunque presentaba significación estadística en la tabla 7.24, ésta no puede ser atribuida únicamente a la intervención).

7.3.4.3 Eficacia del programa IRIS para la variable Ansiedad Rasgo.

Una vez más con el procedimiento univariante, siguiendo el Modelo Lineal General (ANOVA) encontramos, en la fase post, diferencias significativas ($p=0,027$) en la variable Ansiedad Rasgo entre el grupo experimental total y el grupo control, así como entre los diferentes grupos experimentales (a, b, c, d y e) y el grupo control ($p=0,012$). Los sujetos experimentales han reducido sus niveles de

ansiedad de una manera significativa en la fase posttest con respecto al grupo control, ya sea el grupo experimental total, como en algunos de los grupos experimentales (a, b, c, d, y e).

En las tablas 7.53 y 7.54 exponemos el análisis de covarianza (ANCOVA) para valorar si las diferencias estadísticamente significativas observadas pudieran atribuirse a variables no incluidas en el diseño y por lo tanto, no sometidas a control experimental. Por este motivo vamos a seleccionar como covariable a las puntuaciones obtenidas en la variable Ansiedad Rasgo en la fase pretest, realizando posteriormente una comparación entre pares, en la que observaremos la significación estadística obtenida o atribuida a la intervención.

Observamos que el resultado del ANOVA y el ANCOVA ofrecen la misma significación por lo que podemos decir que a pesar de que la covariable (ansiedad rasgo en fase pretest) correlaciona con la variable dependiente no afecta a la relación de ésta última con los factores (grupos experimentales y control).

Tabla 7.53 Variable Ansiedad Rasgo: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupo experimental total - Grupo control

Variable	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Ansiedad/R postest					
Modelo corregido	4805,139 ^a	2	2402,570	104,647	0,000
Intersección	184,585	1	184,585	8,040	0,006
Ansiedad Rasgo pretest	4407,977	1	4407,977	191,995	0,000
Total experimental - Grupo control	319,158	1	319,158	13,901	0,000
Error	1813,751	79	22,959		
Total	39299,000	82			
Total corregida	6618,890	81			

Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%.

a. R cuadrado = 0,726 (R cuadrado corregida = 0,719)

Tabla 7.54 Variable Ansiedad Rasgo: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupos experimentales (a,b,c,d,e) - Grupo control

Variable Ansiedad/R postest	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	5148,302 ^a	6	858,050	43,761	0,000
Intersección	72,704	1	72,704	3,708	0,058
Ansiedad Rasgo pretest	4013,948	1	4013,948	204,711	0,000
Grupos exp. (a,b,c,d,e) – Grupo control	662,320	5	132,464	6,756	0,000
Error	1470,588	75	19,608		
Total	39299,000	82			
Total corregida	6618,890	81			

Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%.

a. R cuadrado = 0,778 (R cuadrado corregida = 0,760)

En las tablas 7.55 y 7.56 exponemos unas comparaciones por pares basadas en las medias marginales estimadas en relación a como aparecen las covariables en el modelo, realizando además, un ajuste de comparaciones múltiples de Bonferroni.

Tabla 7.55 Variable Ansiedad Rasgo: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupo experimental total – Grupo control

Variable Ansiedad/R	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b	
Grupo control	Grupo Experimental	18,805	4,522*	1,213	0,000
	Grupo Control	23,327			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Ansiedad Rasgo pretest = 22,07. b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.56 Variable Ansiedad Rasgo: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupos experimentales (a,b,c,d,e)–Grupo control

Variable Ansiedad/R	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b	
Grupo Control	Grupo azul	23,115	0,211	1,650	1,000
	Grupo blanco	18,290	5,037*	1,649	0,047
	Grupo cereza	18,663	4,663	1,607	0,073
	Grupo dorado	19,102	4,224	1,603	0,153
	Grupo ébano	15,704	7,622*	1,533	0,000
	Grupo control	23,326			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Ansiedad Rasgo pretest = 22,07. b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

A la vista de estos resultados podemos indicar que la intervención ha sido eficaz para reducir los niveles de ansiedad rasgo en los sujetos experimentales tomados en su globalidad, así como que en el análisis por grupos experimentales diferenciados los resultados han sido estadísticamente significativos para los grupos blanco y ébano (el grupo dorado aunque presentaba significación estadística en la tabla 7.24, ésta no puede ser atribuida únicamente a la intervención).

7.3.4.4 Eficacia del programa IRIS para la variable Depresión.

Procedemos con el procedimiento univariante, siguiendo el Modelo Lineal General (ANOVA), y encontramos, en la fase post, diferencias significativas ($p=0,003$) en la variable Depresión entre el grupo experimental total y el grupo control, así como entre los diferentes grupos experimentales y el grupo control ($p=0,026$). Los sujetos experimentales han reducido sus niveles de ansiedad de una manera significativa en la fase posttest con respecto al grupo control, ya sea el grupo experimental total, como en algunos de los grupos experimentales (a, b, c, d y e).

En las tablas 7.57 y 7.58 exponemos el análisis de covarianza (ANCOVA) para valorar si las diferencias estadísticamente significativas observadas pudieran atribuirse a variables no incluidas en el diseño y por lo tanto, no sometidas a control experimental. Por este motivo vamos a seleccionar como covariable a las

puntuaciones obtenidas en la variable Depresión en la fase pretest, realizando posteriormente una comparación entre pares, en la que observaremos la significación estadística obtenida o atribuida a la intervención.

Observamos que el resultado del ANOVA y el ANCOVA ofrecen la misma significación por lo que podemos decir que a pesar de que la covariable (depresión en fase pretest) correlaciona con la variable dependiente no afecta a la relación de ésta última con los factores (grupos experimentales y control).

Tabla 7.57 Variable Depresión: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupo experimental total - Grupo control

Variable Depresión postest	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	1290,236 ^a	2	645,118	45,743	0,000
Intersección	35,372	1	35,372	2,508	0,117
Depresión pretest	1038,330	1	1038,330	73,624	0,000
Total experimental - Grupo control	189,914	1	189,914	13,466	0,000
Error	1114,154	79	14,103		
Total	4092,000	82			
Total corregida	2404,390	81			

Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%.

a. R cuadrado = 0,537 (R cuadrado corregida = 0,525)

Tabla 7.58 Variable Depresión: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupos experimentales (a,b,c,d,e) - Grupo control

Variable Depresión postest	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	1339,419 ^a	6	223,237	15,721	0,000
Intersección	1,216E-04	1	1,216E-04	,000	0,998
Depresión pretest	973,999	1	973,999	68,593	0,000
Grupos exp. (a,b,c,d,e) - Grupo control	239,097	5	47,819	3,368	0,008
Error	1064,971	75	14,200		
Total	4092,000	82			
Total corregida	2404,390	81			

Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%.

a. R cuadrado = 0,557 (R cuadrado corregida = 0,522)

En las tablas 7.59 y 7.60 exponemos unas comparaciones por pares basadas en las medias marginales estimadas en relación a como aparecen las covariables en el modelo, realizando además, un ajuste de comparaciones múltiples de Bonferroni.

Tabla 7.59 Variable Depresión: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupo experimental total – Grupo control

Variable Depresión		Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b
Grupo control	Grupo Experimental	3,642	3,494*	,952	0,000
	Grupo Control	7,136			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Depresión pretest = 7,90. b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.60 Variable Depresión: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupos experimentales (a,b,c,d,e)–Grupo control

Variable Depresión		Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b
Grupo Control	Grupo azul	5,345	1,791	1,403	1,000
	Grupo blanco	3,268	3,868	1,415	0,117
	Grupo cereza	3,487	3,649	1,349	0,127
	Grupo dorado	3,802	3,334	1,365	0,254
	Grupo ébano	2,603	4,533*	1,301	0,012
	Grupo control	7,136			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Depresión pretest = 7,90. b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

En base a de estos resultados podemos indicar que la intervención ha sido eficaz para reducir los niveles de depresión en los sujetos experimentales tomados en su globalidad, así como que en el análisis por grupos experimentales (a, b, c, d y e) los resultados han sido estadísticamente significativos para el grupo ébano (los grupos blanco, cereza y dorado aunque presentaban significación estadística en la tabla 7.24, ésta no puede ser atribuida únicamente a la intervención).

7.3.4.5 Eficacia del programa IRIS para la variable Actitud Psicológica Disfuncional.

Analizamos los datos con el procedimiento univariante, siguiendo el Modelo Lineal General (ANOVA), y encontramos, en la fase post, diferencias significativas ($p=0,016$) en la variable Actitud Psicológica Disfuncional entre el grupo experimental total y el grupo control, así como entre los diferentes grupos experimentales y el grupo control ($p=0,023$). Los sujetos experimentales han mejorado en actitud psicológica de una manera significativa en la fase posttest con respecto al grupo control, ya sea el grupo experimental total, como en algunos de los grupos experimentales (a, b, c, d y e).

En las tablas 7.61 y 7.62 exponemos el análisis de covarianza (ANCOVA) para valorar si las diferencias estadísticamente significativas observadas pudieran atribuirse a variables no incluidas en el diseño y por lo tanto, no sometidas a control experimental. Por este motivo vamos a seleccionar como covariable a las puntuaciones obtenidas en la variable Actitud Psicológica Disfuncional en la fase pretest, realizando posteriormente una comparación entre pares, en la que observaremos la significación estadística obtenida o atribuida a la intervención.

Observamos que el resultado del ANOVA y el ANCOVA ofrecen la misma significación por lo que podemos decir que a pesar de que la covariable (actitud psicológica disfuncional en fase pretest) correlaciona con la variable dependiente

no afecta a la relación de ésta última con los factores (grupos experimentales y control).

Tabla 7.61 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupo experimental total - Grupo control

Variable Actitud Psicológica Disfuncional postest	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	12748,686 ^a	2	6374,343	33,864	0,000
Intersección	10557,103	1	10557,103	56,086	0,000
Actitud Psicológica Disfuncional pretest	10795,673	1	10795,673	57,353	0,000
Total experimental - Grupo control	3533,236	1	3533,236	18,771	0,000
Error	14870,253	79	188,231		
Total	48197,000	82			
Total corregida	27618,939	81			

Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%.

a. R cuadrado = 0,462 (R cuadrado corregida = 0,448)

Tabla 7.62 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Prueba de los efectos intersujetos (ANCOVA). Grupos experimentales (a,b,c,d,e) - Grupo control

Variable Actitud Psicológica Disfuncional postest	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Significación
Modelo corregido	13893,904 ^a	6	2315,651	12,654	0,000
Intersección	24542,964	1	24542,964	134,114	0,000
Actitud Psicológica Disfuncional pretest	9628,807	1	9628,807	52,616	0,000
Grupos exp. (a,b,c,d,e) - Grupo control	4678,454	5	935,691	5,113	0,000
Error	13725,035	75	183,000		
Total	48197,000	82			
Total corregida	27618,939	81			

Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%.

a. R cuadrado = 0,503 (R cuadrado corregida = 0,463)

En las tablas 7.63 y 7.64 exponemos unas comparaciones por pares basadas en las medias marginales estimadas en relación a como aparecen las covariables en el modelo, realizando además, un ajuste de comparaciones múltiples de Bonferroni.

Tabla 7.63 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupo experimental total – Grupo control

Variable Actitud Psicológica Disfuncional		Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b
Grupo control	Grupo Experimental	19,738	-15,215*	3,512	0,000
	Grupo Control	4,523			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Actitud Psicológica Disfuncional pretest = -1,41 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.64 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest. Grupos experimentales (a,b,c,d,e) – Grupo control

Variable Actitud Psicológica Disfuncional		Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b
Grupo Control	Grupo azul	17,476	-12,939	5,186	0,222
	Grupo blanco	20,109	-15,572*	5,097	0,047
	Grupo cereza	15,925	-11,388	4,790	0,300
	Grupo dorado	16,791	-12,254	4,993	0,246
	Grupo ébano	27,271	-22,734*	4,680	0,000
	Grupo control	4,537			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Actitud Psicológica Disfuncional pretest = -1,41 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

En base a de estos resultados podemos indicar que la intervención ha sido eficaz para obtener mejoría en actitud psicológica disfuncional en los sujetos experimentales tomados en su globalidad, así como que en el análisis por grupos experimentales (a, b, c, d y e), los resultados han sido estadísticamente significativos para los grupos blanco y ébano (los grupos azul, cereza y dorado aunque presentaban significación estadística en la tabla 7.24, ésta no puede ser atribuida únicamente a la intervención).

En base a estos resultados, tomados en su globalidad, podemos indicar que el programa IRIS ha sido eficaz para reducir los niveles de burnout, intensidad de respuestas de estrés, ansiedad rasgo, depresión y actitudes psicológicas disfuncionales en los profesionales sanitarios sobre los que se ha aplicado la intervención. Por lo tanto quedan así confirmadas nuestras hipótesis segunda y tercera. Nos interesa reseñar que los sujetos que han obtenido unos mejores resultados han sido los componentes del grupo ébano, ya que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en todas las variables en estudio. Este grupo recordemos que fue el único que recibió la intervención en el turno de tarde y que los sujetos participantes acudieron a las sesiones fuera de su turno de trabajo.

7.4 Comparativa del programa IRIS respecto a la asistencia a las sesiones de relajación, temporalidad y número de sesiones aplicadas

Los resultados obtenidos en los apartados anteriores nos indican la eficacia del programa IRIS para reducir el burnout y mejorar las disfunciones emocionales, pero queremos estudiar si nuestro programa de intervención pudiera ser efectivo de igual manera con algunas variaciones en su aplicación, tales como asistencia a relajación o no asistencia, aplicación semanal o quincenal en turno de mañana o tarde y por último con un desarrollo de un menor número de sesiones. Para ello

realizaremos una comparación por pares con ajuste de Bonferroni en las medias estimadas sobre el efecto de la covariable (resultado de la variable en la fase pretest) siguiendo el análisis de varianza según el modelo Lineal General univariante con procedimiento de ANCOVA (procedimiento que indica que aunque existe una relación entre la covariable con la variable dependiente, no afecta a la relación con los factores, en este caso, en tres procedimientos experimentales, asistencia o no a las sesiones de relajación, temporalidad e intervención con un menor número de sesiones).

7.4.1 Comparativa según asistencia a sesiones de relajación

En las tablas 7.65, 7.66, 7.67, 7.68 y 7.69 exponemos los resultados obtenidos de la comparación por pares con ajuste de Bonferroni para las distintas variables estudiadas con respecto a la variable independiente Relajación. Pretendemos conocer si los sujetos que asisten habitualmente a las sesiones de relajación (una vez a la semana) obtienen mejores resultados que aquellos sujetos que no asisten a las sesiones de relajación.

Tabla 7.65 Variable Relajación para la variable dependiente Burnout: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

	Variable Burnout	n	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo Control	Relajación asistencia habitual	28	33,969	16,536*	3,714	0,000
	No asistencia a relajación	33	37,675	12,829*	3,608	0,002
	Grupo control	21	50,504			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Burnout pretest = 49,99 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.66 Variable Relajación para la variable dependiente Intensidad de respuestas de Estrés: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

	Variable Intensidad Respuestas Estrés	n	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo Control	Relajación asistencia habitual	28	10,280	4,833*	1,098	0,000
	No asistencia a relajación	33	11,327	3,787*	1,063	0,002
Grupo control		21	15,113			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Intensidad de Respuestas de Estrés pretest = 15,06 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.67 Variable Relajación para la variable dependiente Ansiedad Rasgo: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

	Variable Ansiedad Rasgo	n	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo Control	Relajación asistencia habitual	28	17,632	5,697*	1,366	0,000
	No asistencia a relajación	33	19,799	3,530*	1,320	0,027
Grupo control		21	23,330			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Ansiedad Rasgo pretest = 22,07 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.68 Variable Relajación para la variable dependiente Depresión: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

	Variable Depresión	N	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo Control	Relajación asistencia habitual	28	2,820	4,321*	1,079	0,000
	No asistencia a relajación	33	4,336	4,321*	1,039	0,025
Grupo control		21	7,141			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Depresión pretest = 7,90 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.69 Variable Relajación para la variable dependiente Actitud Psicológica Disfuncional: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

	Variable Actitud Psicológica Disfuncional	n	Medias estimadas^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig.^b
Grupo Control	Relajación asistencia habitual	28	23,563	19,006*	3,908	0,000
	No asistencia a relajación	33	16,471	11,915*	3,800	0,007
	Grupo control	21	4,557			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Actitud Psicológica Disfuncional pretest. = -1,41 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

A la vista de estos resultados, podemos concluir comentando que se obtienen resultados estadísticamente significativos tanto en el grupo que asiste con asiduidad a las sesiones de relajación, como en el que no asiste a sesiones de relajación, si bien la significación estadística es mayor para el grupo que asiste a las sesiones de relajación. Es decir, si aplicamos el programa IRIS, la mejoría es independiente de la asistencia o no a las sesiones de relajación para el total de las variables estudiadas. Este resultado, por tanto, no confirma lo postulado en nuestra hipótesis número cuatro con respecto a la variable Relajación.

7.4.2 Comparativa según temporalidad de la intervención

En las tablas 7.70, 7.71, 7.72, 7.73 y 7.74 exponemos los resultados obtenidos de la comparación por pares con ajuste de Bonferroni para las distintas variables estudiadas con respecto a la variable independiente Temporalización de las

sesiones. Pretendemos conocer si la distribución temporal de las sesiones presenta alguna variabilidad en los resultados.

Tabla 7.70 Variable Temporalización para la variable dependiente Burnout: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

	Variable Burnout	n	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo	Mañana quincenal	22	37,217	13,365*	3,719	0,003
Control	Mañana semanal	25	40,246	10,336*	3,584	0,031
	Tarde semanal	14	26,273	24,310*	4,203	0,000
	Grupo control	21	50,583			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Burnout pretest = 49,99 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.71 Variable Temporalización para la variable dependiente Intensidad de Respuestas de Estrés: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

	Variable Intensidad Respuestas Estrés	n	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo	Mañana quincenal	22	12,136	2,983	1,123	0,058
Control	Mañana semanal	25	10,923	4,196*	1,090	0,001
	Tarde semanal	14	8,675	6,444*	1,273	0,000
	Grupo control	21	15,119			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Intensidad de Respuestas de Estrés pretest = 15,06 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.72 Variable Temporalización para la variable dependiente Ansiedad Rasgo: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

	Variable Ansiedad Rasgo	n	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo	Mañana quincenal	22	20,694	2,627	1,390	0,376
Control	Mañana semanal	25	18,903	4,417*	1,360	0,010
	Tarde semanal	14	15,673	7,648*	1,578	0,000
	Grupo control	21	23,321			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Ansiedad Rasgo pretest = 22,07 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.73 Variable Temporalización para la variable dependiente Depresión: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase posttest.

	Variable Depresión	n	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo	Mañana quincenal	22	4,316	2,812	1,152	0,102
Control	Mañana semanal	25	3,646	3,483*	1,117	0,015
	Tarde semanal	14	2,586	4,542*	1,299	0,005
	Grupo control	21	7,128			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Depresión pretest = 7,90 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.74 Variable Temporalización para la variable dependiente Actitud Psicológica Disfuncional: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase posttest.

	Variable Actitud Psicológica Disfuncional	n	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo	Mañana quincenal	22	18,789	-14,251*	4,193	0,006
Control	Mañana semanal	25	16,341	-11,803*	3,966	0,023
	Tarde semanal	14	27,271	-22,733*	4,625	0,000
	Grupo control	21	4,538			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Actitud Psicológica Disfuncional pretest. = -1,41 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

En base a estos resultados, podemos concluir comentando que se obtienen resultados estadísticamente significativos en los grupos de intervención semanal, ya sea en turno de mañana o de tarde en todas las variables estudiadas. En el grupo de intervención quincenal en turno de mañana sólo se obtiene significación estadística para las variables Burnout y Actitud Psicológica Disfuncional. Este último resultado hace que no se confirme nuestra hipótesis número cuatro, ya que el programa IRIS consigue una mayor eficacia cuando se aplica semanalmente que cuando se aplica quincenalmente.

7.4.3 Comparativa según número de sesiones de intervención

En las tablas 7.75, 7.76, 7.77, 7.78, 7.79 y 7.80 exponemos los resultados obtenidos de la comparación por pares con ajuste de Bonferroni para las distintas variables estudiadas con respecto a la variable independiente Número de Sesiones. Tratamos de conocer si con unos programas de intervención de menos número de sesiones se obtienen los mismos resultados que con la intervención completa. De tal forma que analizaremos los resultados de las evaluaciones de la eficacia de la intervención al finalizar el Bloque I (4 sesiones), evaluación de la eficacia de la intervención al finalizar los bloques I, II y III (13 sesiones) y evaluación de la eficacia de la intervención al finalizar los 5 bloques de tratamiento (20 sesiones).

Analizaremos las variables dependientes: Burnout, Cansancio Emocional, Despersonalización, Realización Personal, Intensidad de Respuestas de Estrés y Actitud Psicológica Disfuncional

Tabla 7.75 Variable Número de Sesiones para la variable dependiente Burnout: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

	Variable Burnout	n	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo Control	Intervención total	61	35,833	14,537*	3,434	0,000
	Intervención bloque I	16	47,362	3,008	4,503	1,000
	Intervención bloques I, II y III	20	42,333	8,036	4,226	0,359
	Grupo control	21	50,370			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Burnout pretest = 49,99 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.76 Variable Número de Sesiones para la variable dependiente Cansancio Emocional: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

	Variable Cansancio Emocional	n	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo Control	Intervención total	61	14,110	7,269*	1,969	0,002
	Intervención bloque I	16	19,316	2,063	2,580	1,000
	Intervención bloques I, II y III	20	15,712	5,667	2,430	0,129
	Grupo control	21	21,380			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Cansancio Emocional pretest = 21,08 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.77 Variable Número de Sesiones para la variable dependiente Despersonalización: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

	Variable Despersonalización	n	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo Control	Intervención total	61	6,563	2,477	1,034	0,110
	Intervención bloque I	16	7,746	1,294	1,363	1,000
	Intervención bloques I, II y III	20	8,092	0,948	1,275	1,000
	Grupo control	21	9,040			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Despersonalización pretest = 9,67 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.78 Variable Número de Sesiones para la variable dependiente Realización Personal: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

	Variable Realización Personal	n	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo Control	Intervención total	61	32,785	-4,475	1,945	0,139
	Intervención bloque I	16	23,619	4,691	2,570	0,424
	Intervención bloques I, II y III	20	30,437	-2,128	2,383	1,000
	Grupo control	21	28,309			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Realización Personal pretest = 28,97 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.79 Variable Número de Sesiones para la variable dependiente Intensidad de Respuestas de Estrés: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

	Variable Intensidad Respuestas Estrés	n	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo Control	Intervención total	61	10,716	4,249*	1,100	0,001
	Intervención bloque I	16	12,797	2,168	1,443	0,814
	Intervención bloques I, II y III	20	11,064	3,901*	1,359	0,029
	Grupo control	21	14,965			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Intensidad de Respuestas de Estrés pretest = 15,06 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.80 Variable Número de Sesiones para la variable dependiente Actitud Psicológica Disfuncional: Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

	Variable Actitud Psicológica Disfuncional	n	Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Sig. ^b
Grupo Control	Intervención total	61	20,538	-15,659*	3,430	0,000
	Intervención bloque I	16	8,705	-3,826	4,463	1,000
	Intervención bloques I, II y III	20	11,871	-6,993	4,204	0,594
	Grupo control	21	4,879			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Actitud Psicológica Disfuncional pretest. = -1,41 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Una vez analizadas las variables, podemos concluir señalando que se obtienen resultados estadísticamente significativos en el grupo de intervención total (20 sesiones) para las variables Burnout, Cansancio Emocional, Intensidad de Respuestas de Estrés y Actitud Psicológica Disfuncional. Sólo se obtienen resultados estadísticamente significativos para el grupo de intervención con bloques I, II y III para la variable Intensidad de Respuestas de Estrés. Con estos

resultados podemos comentar que el programa IRIS sólo es eficaz cuando se aplica en su totalidad, lo que hace que se confirme nuestra hipótesis número cinco.

Por otra parte, en las tablas 7.76, 7.77 y 7.78 observamos, con respecto a las dimensiones del burnout, que la intervención completa (programa IRIS) sólo resulta estadísticamente significativa para reducir los niveles de cansancio emocional, no así para disminuir los niveles de despersonalización ni para potenciar la realización personal a nivel laboral de los sujetos.

7.5 La influencia de los Estilos de Conducta Interpersonal en el programa IRIS

7.5.1 Estilos de Conducta Interpersonal de los sujetos experimentales que se relacionan con burnout, intensidad de respuesta de estrés, ansiedad, depresión y actitud psicológica disfuncional

En primer lugar obtenemos las correlaciones significativas entre las ocho escalas de estilos interpersonales del IAS con cada una de las variables dependientes analizadas en nuestro estudio, para posteriormente analizar descriptivamente las dimensiones polares DOM/LOV (Dominancia/Afectividad) de la Escala IAS en relación con las variables dependientes para obtener cual de

las cuatro dimensiones resultantes pudieran encontrarse relacionadas con altas o bajas puntuaciones en las variables estudiadas.

7.5.1.1 Estudio de correlación

En la tabla 7.81 mostramos los resultados de la prueba de correlación de Pearson para las ocho Escalas de Adjetivos Interpersonales en relación con las variables Burnout, Intensidad de Respuesta de Estrés, Ansiedad Rasgo, Depresión y Actitud Psicológica Disfuncional.

Tabla 7.81 Resultados de la prueba de correlación de Pearson: Escalas de Adjetivos Interpersonales (IAS) – Variables Dependientes. (n = 57)

ESCALAS DE ADJETIVOS INTERPERSONALES		MBI	EMEST	STAI A/R	BDI	DAS
IAS PA seguro/dominante	Correlación de Pearson	-0,119	-0,098	-0,208	-0,179	-0,019
	Sig. (bilateral)	0,374	0,466	0,118	0,179	0,888
IAS BC arrogante/calculador	Correlación de Pearson	0,202	-0,219	0,072	0,042	-0,153
	Sig. (bilateral)	0,128	0,098	0,589	0,755	0,253
IAS DE frio de ánimo	Correlación de Pearson	0,377**	-0,134	0,089	0,036	0,032
	Sig. (bilateral)	0,004	0,315	0,508	0,790	0,812
IAS FG reservado/introvertido	Correlación de Pearson	0,417**	-0,078	0,352**	0,378**	0,050
	Sig. (bilateral)	0,001	0,560	0,007	0,003	0,712
IAS HI inseguro/dependiente	Correlación de Pearson	0,225	-0,129	0,332*	0,195	-0,049
	Sig. (bilateral)	0,090	0,336	0,011	0,143	0,713
IAS JK ingenuo/modesto	Correlación de Pearson	-0,036	-0,053	-0,136	0,045	0,111
	Sig. (bilateral)	0,787	0,690	0,309	0,736	0,408
IAS LM cálido/afectuoso	Correlación de Pearson	-0,059	0,135	-0,053	0,066	-0,027
	Sig. (bilateral)	0,658	0,313	0,695	0,621	0,840
IAS NO gregario/extravertido	Correlación de Pearson	-0,180	0,116	-0,345**	-0,134	-0,045
	Sig. (bilateral)	0,176	0,386	0,008	0,316	0,739

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La muestra analizada corresponde a los sujetos del grupo experimental que han realizado los test correspondientes al IAS de una manera correcta. En total, de los 61 cuestionarios recogidos, 57 han sido completados satisfactoriamente.

Podemos observar en la tabla 7.81 que el estilo interpersonal reservado-introvertido correlaciona positivamente con burnout, ansiedad y depresión con un nivel de significación de 0,01, es decir, los sujetos introvertidos, distantes, tímidos y reservados presentan unos niveles más elevados de burnout y unas puntuaciones más elevadas en ansiedad y depresión.

El estilo interpersonal frío de ánimo correlaciona positivamente con burnout con un nivel de significación de 0,01, es decir, los sujetos no cordiales, ni cálidos, ni cooperativos presentan unos niveles más elevados de burnout.

El estilo interpersonal gregario-extravertido correlaciona negativamente con ansiedad con un nivel de significación de 0,01, es decir, los sujetos alegres, animados, sociables y vivaces presentan unos niveles más bajos de ansiedad.

El estilo interpersonal inseguro-dependiente correlaciona positivamente con ansiedad con un nivel de significación de 0,05, es decir, los sujetos tímidos, temerosos y dependientes presentan unos niveles más elevados de ansiedad.

7.5.1.2 Estadísticos descriptivos dimensiones DOM/LOV

Hemos estructurado las dimensiones polares Dominancia y Sostenimiento/Acogimiento en cuatro variables: Dominancia-Afectividad (DOM/LOV), No Dominancia-Afectividad (No DOM/LOV), No Dominancia-No Afectividad (No DOM/No LOV) y Dominancia-No Afectividad (DOM/ No LOV). Variables que abarcarían las puntuaciones de las ocho escalas ordenadas alrededor del circumplex interpersonal. A partir de ellas describimos en la tabla 7.82 los resultados con respecto a cada una de las variables dependientes con el fin de ver las relaciones existentes con esas dimensiones polares y valorar cuales tienen una mayor probabilidad de presentar puntuaciones altas en burnout, intensidad de respuesta de estrés, ansiedad, depresión y actitud psicológica disfuncional.

Tabla 7.82 Estadísticos descriptivos según dimensiones polares para las variables dependientes. Fase pretest.

Dimensiones polares DOM / LOV		MBI	EMEST	A/R	BDI	DAS
Dominancia-Afectividad (n=23)	Media	45,39	16,48	19,83	6,78	-6,04
	Desviación Típica	14,61	6,66	7,71	6,16	20,00
No Dominancia-Afectividad (n=19)	Media	49,89	14,84	23,53	7,79	1,05
	Desviación Típica	15,49	6,53	10,38	7,63	18,86
No Dominancia-No Afectividad (n=7)	Media	62,71	13,43	24,43	8,00	-8,71
	Desviación Típica	15,07	5,80	12,63	6,68	13,12
Dominancia-No Afectividad (n=8)	Media	54,00	13,63	20,63	7,50	0,50
	Desviación Típica	17,52	3,96	3,50	6,82	22,06

En la tabla 7.82 observamos que los sujetos con el perfil de no dominantes–no afectivos presentan las puntuaciones más elevadas en las variables Burnout, Ansiedad y Depresión, así como que presentan una mayor debilidad psicológica. Por otra parte, los sujetos dominantes–afectivos presentan un mayor número de respuestas de estrés.

7.5.2 Estilos de Conducta Interpersonal que se relacionan con un mayor éxito del programa IRIS

En el apartado anterior hemos observado qué estilo de conducta interpersonal puede estar relacionado con unas puntuaciones más elevadas en las diferentes variables dependientes estudiadas, pero queremos conocer si esos diferentes estilos de conducta interpersonal pudieran relacionarse con un mayor o menor éxito del programa de intervención psicológica que hemos aplicado. Hemos utilizado las cuatro dimensiones polares Dominancia y Afectividad, en lugar de las ocho escalas de estilos de conducta interpersonal, por el escaso número de sujetos que componen la parte LOV negativa del circumplex.

Para el análisis de esta cuestión realizaremos una comparación por pares con ajuste de Bonferroni en las medias estimadas sobre el efecto de la covariable (resultado de la variable en la fase pretest) siguiendo el análisis de varianza según el Modelo Lineal General univariante con procedimiento de ANCOVA (procedimiento que indica que aunque existe una relación entre la covariable con

la variable dependiente, no afecta a la relación con los factores, en este caso, en los estilos de conducta interpersonal DOM/LOV, NoDOM/LOV, DOM/No LOV y NoDOM/NoLOV). Pero primeramente exponemos las medias correspondientes a las fases pre-post, así como la diferencia de medias entre las diferentes dimensiones.

En la tabla 7.83 exponemos la diferencia de medias con respecto a la variable Burnout entre las fases pre y post. Observamos que los sujetos no dominantes – no afectivos presentan los niveles más elevados de burnout.

Tabla 7.83 Variable Burnout: Diferencias de medias según dimensiones polares. Fases pre-post.

Dimensiones polares DOM / LOV		MBI pretest	MBI postest	Diferencia de medias
Dominancia- Afectividad (n = 23)	Media	45,39	32,78	-12,61
	Desviación Típica	14,61	13,46	14,65
No Dominancia- Afectividad (n = 19)	Media	49,89	33,26	-16,63
	Desviación Típica	15,49	13,67	13,93
No Dominancia- No Afectividad (n = 7)	Media	62,71	50,14	-12,57
	Desviación Típica	15,07	9,63	15,13
Dominancia- No Afectividad (n = 8)	Media	54,00	41,00	-13,00
	Desviación Típica	17,52	24,36	17,21

En la tabla 7.84 exponemos la diferencia de medias con respecto a la variable Intensidad Respuestas de Estrés entre las fases pre y post. Observamos que los sujetos dominantes-afectivos presentan los niveles más elevados de respuestas de estrés.

Tabla 7.84 Variable Intensidad Respuestas de Estrés: Diferencias de medias según dimensiones polares. Fases pre-post.

Dimensiones polares DOM / LOV		EMEST pretest	EMEST postest	Diferencia de medias
Dominancia- Afectividad (n = 23)	Media	16,48	11,70	-4,78
	Desviación Típica	6,66	4,67	4,56
No Dominancia- Afectividad (n = 19)	Media	14,84	9,68	-5,16
	Desviación Típica	6,53	4,20	5,92
No Dominancia- No Afectividad (n = 7)	Media	13,43	10,14	-3,29
	Desviación Típica	5,80	3,63	4,50
Dominancia- No Afectividad (n = 8)	Media	13,63	9,75	-3,88
	Desviación Típica	3,96	3,62	3,52

Tabla 7.85 Variable Ansiedad/Rasgo: Diferencias de medias según dimensiones polares. Fases pre-post

Dimensiones polares DOM / LOV		STAI A/R pretest	STAI A/R postest	Diferencia de medias
Dominancia- Afectividad (n = 23)	Media	19,83	18,04	-1,78
	Desviación Típica	7,71	6,40	4,85
No Dominancia- Afectividad (n = 19)	Media	23,53	17,79	-5,74
	Desviación Típica	10,38	7,33	6,80
No Dominancia- No Afectividad (n = 7)	Media	24,43	21,14	-3,29
	Desviación Típica	12,63	13,93	4,11
Dominancia- No Afectividad (n = 8)	Media	20,63	18,50	-2,13
	Desviación Típica	3,50	4,75	5,72

En la tabla 7.85 mostramos la diferencia de medias con respecto a la variable Ansiedad Rasgo entre las fases pre y post. Observamos que los sujetos no dominantes presentan los niveles más elevados de ansiedad.

En la tabla 7.86 podemos observar la diferencia de medias con respecto a la variable Depresión entre las fases pre y post. Los sujetos dominantes-afectivos son los que presentan puntuaciones más bajas en depresión.

Tabla 7.86 Variable Depresión: Diferencias de medias según dimensiones polares. Fases pre-post

Dimensiones polares DOM / LOV		BDI pretest	BDI postest	Diferencia de medias
Dominancia-Afectividad (n = 23)	Media	6,78	2,61	-4,17
	Desviación Típica	6,16	2,89	4,63
No Dominancia-Afectividad (n = 19)	Media	7,79	2,95	-4,84
	Desviación Típica	7,63	4,54	6,00
No Dominancia-No Afectividad (n = 7)	Media	8,00	4,00	-4,00
	Desviación Típica	6,68	5,63	5,07
Dominancia-No Afectividad (n = 8)	Media	7,50	4,63	-2,88
	Desviación Típica	6,82	6,09	4,55

En la tabla 7.87 mostramos la diferencia de medias con respecto a la variable Actitud Psicológica Disfuncional entre las fases pre y post. Observamos que los sujetos que presentan una mayor debilidad psicológica son los no dominantes-no afectivos y los dominantes-afectivos.

Tabla 7.87 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Diferencias de medias según dimensiones polares. Fases pre-post.

Dimensiones polares DOM / LOV		DAS* pretest	DAS* posttest	Diferencia de medias
Dominancia- Afectividad (n = 23)	Media	-6,04	14,43	20,48
	Desviación Típica	20,00	15,36	16,93
No Dominancia- Afectividad (n = 19)	Media	1,05	23,37	22,32
	Desviación Típica	18,86	18,07	13,96
No Dominancia- No Afectividad (n = 7)	Media	-8,71	15,14	23,86
	Desviación Típica	13,12	16,74	14,11
Dominancia- No Afectividad (n = 8)	Media	0,50	25,37	24,88
	Desviación Típica	22,06	15,04	14,68

* (- = debilidad psicológica y + = fortaleza psicológica)

Para conocer que Estilo de Conducta Interpersonal, según las dimensiones polares dominancia/afectividad, obtiene resultados estadísticamente significativos con el programa IRIS, realizaremos un análisis de covarianzas (ANCOVA), siguiendo el Modelo Lineal General.

En las tablas 7.88, 7.89, 7.90, 7.91 y 7.92 exponemos los resultados obtenidos de la comparación por pares con ajuste de Bonferroni para las distintas variables estudiadas con respecto a la variable independiente Estilo de Conducta Interpersonal.

Tabla 7.88 Variable Estilo de Conducta Interpersonal para la variable Burnout. Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase posttest.

Variable Burnout		Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b
Grupo Control	DOM/LOV	35,300	14,857*	3,872	0,003
	NoDOM/LOV	32,942	17,216*	4,066	0,001
	NoDOM/NoLOV	41,739	8,419	5,758	1,000
	DOM/NoLOV	38,090	12,068	5,360	0,274
	Grupo control	50,158			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Burnout pretest = 49,38. b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni

Tabla 7.89 Variable Estilo de Conducta Interpersonal para la variable Intensidad de Respuestas de Estrés. Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase posttest

Variable Respuestas Intensidad Estrés		Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b
Grupo Control	DOM/LOV	10,904	4,209*	1,106	0,003
	NoDOM/LOV	9,800	5,313*	1,155	0,000
	NoDOM/NoLOV	11,043	4,070	1,594	0,128
	DOM/NoLOV	10,541	4,572*	1,517	0,036
	Grupo control	15,113			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Intensidad Respuestas de Estrés pretest = 15,05. b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.90 Variable Estilo de Conducta Interpersonal para la variable Ansiedad Rasgo. Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase posttest.

Variable Ansiedad/R		Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b
Grupo Control	DOM/LOV	19,738	3,493	1,441	0,179
	NoDOM/LOV	16,548	6,682*	1,504	0,000
	NoDOM/NoLOV	19,185	4,045	2,074	0,550
	DOM/NoLOV	19,560	3,670	1,975	0,672
	Grupo control	23,230			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Ansiedad Rasgo pretest = 21,96. b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.91 Variable Estilo de Conducta Interpersonal para la variable Depresión. Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

Variable Depresión		Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b
Grupo Control	DOM/LOV	3,112	3,913*	1,146	0,011
	NoDOM/LOV	2,901	4,124*	1,197	0,010
	NoDOM/NoLOV	3,839	3,186	1,649	0,573
	DOM/NoLOV	4,737	2,288	1,571	1,000
	Grupo control	7,025			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Depresión inicial = 7,71. b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

Tabla 7.92 Variable Estilo de Conducta Interpersonal para la variable Actitud Psicológica Disfuncional. Comparaciones por pares con ajuste de Bonferroni. Fase postest.

Variable Actitud Psicológica Disfuncional		Medias estimadas ^a	Diferencia entre medias	Error típico	Significación ^b
Grupo Control	DOM/LOV	17,261	-12,607*	4,309	0,046
	NoDOM/LOV	21,948	-17,295*	4,435	0,002
	NoDOM/NoLOV	19,567	-14,913	6,204	0,188
	DOM/NoLOV	24,286	-19,632	5,819	0,012
	Grupo control	4,654			

*. Nivel de significación 0,05. Intervalo de confianza 95%. a. Evaluado respecto a cómo aparecen las covariables en el modelo: Actitud Psicológica Disfuncional = -1,32 b. Ajuste para comparaciones múltiples: Bonferroni.

En base a estos resultados podemos afirmar que la intervención realizada con el programa IRIS obtiene resultados estadísticamente significativos: a) para las variables Burnout y Depresión en los sujetos categorizados como Afectivos (LOV); b) para las variables Intensidad de Respuestas de Estrés y Actitud Psicológica Disfuncional en todos los sujetos excepto para los categorizados como No Dominantes- No Afectivos (NoDOM/NoLOV); y c) para la variable Ansiedad Rasgo en los sujetos categorizados como No Dominantes-Afectivos (NoDOM/LOV). Resultados que no confirman nuestra hipótesis número seis, ya que existen

sujetos con características no dominantes/no afectivas (NoDOM/NoLOV) que no obtienen ningún tipo de mejoría significativa con la intervención.

7.6 Estudio de seguimiento: Evaluación de resultados del Programa IRIS un año después

En este último apartado pretendemos conocer si las mejorías alcanzadas tras la intervención psicológica realizada se mantienen a lo largo del tiempo. Analizaremos a un total de 37 sujetos experimentales que de una forma voluntaria realizaron una vez más la batería de cuestionarios y test psicológicos un año después de la última sesión de intervención.

En un principio deseamos conocer si las relaciones entre las puntuaciones en las fases pre y post son similares entre el grupo total de sujetos experimentales ($n=61$) y el grupo de seguimiento ($n=37$) para las distintas variables estudiadas, con el fin de que puedan ser extrapolables los datos por similitud de la muestra. Con este fin obtendremos las significaciones estadísticas mediante la prueba t de Student, de los sujetos que pertenecen al grupo de seguimiento en relación al grupo control, ambos grupos evaluados en la fase post. Estos datos finalmente los relacionaremos con la significación obtenida del grupo experimental total.

En la tabla 7.93 se puede evidenciar la existencia de significación estadística entre el grupo de seguimiento y el grupo experimental total en la variable Burnout.

Tabla 7.93 Variable Burnout: Resultados prueba *t* de Student. Grupo de seguimiento versus Grupo experimental

Grupo	Variable BURNOUT	Puntuación <i>t</i>	Significación (bilateral)
SEGUIMIENTO (n=37)	Pretest	0,602	0,550
	Postest	-2,846	0,006**
EXPERIMENTAL (n=61)	Pretest	0,863	0,391
	Postest	-2,828	0,006**

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

En la tabla 7.94 se observa significación estadística tanto para el grupo de seguimiento como para el grupo experimental total para la variable Intensidad de Respuestas de Estrés.

Tabla 7.94 Variable Intensidad de Respuestas de Estrés: Resultados prueba *t* de Student. Grupo de seguimiento versus Grupo experimental

Grupo	Variable INTENSIDAD RESPUESTAS ESTRÉS	Puntuación <i>t</i>	Significación (bilateral)
SEGUIMIENTO (n=37)	Pretest	0,185	0,854
	Postest	-2,339	0,023*
EXPERIMENTAL (n=61)	Pretest	0,230	0,818
	Postest	-3,009	0,004**

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

En la tabla 7.95 se puede observar significación estadística tanto para el grupo de seguimiento como para el grupo experimental total en la variable Ansiedad Rasgo.

Tabla 7.95 Variable Ansiedad/Rasgo: Resultados prueba *t* de Student. Grupo de seguimiento versus Grupo experimental

Grupo	Variable ANSIEDAD RASGO	Puntuación <i>t</i>	Significación (bilateral)
SEGUIMIENTO (n=37)	Pretest	-0,333	0,740
	Postest	-2,024	0,048*
EXPERIMENTAL (n=61)	Pretest	-0,227	0,783
	Postest	-2,260	0,027*

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

En la tabla 7.96 mostramos significación estadística tanto para el grupo de seguimiento como para el grupo experimental total en la variable Depresión.

Tabla 7.96 Variable Depresión: Resultados prueba *t* de Student. Grupo de seguimiento versus Grupo experimental

Grupo	Variable DEPRESIÓN	Puntuación <i>t</i>	Significación (bilateral)
SEGUIMIENTO (n=37)	Pretest	-0,739	0,463
	Postest	-2,801	0,007**
EXPERIMENTAL (n=61)	Pretest	-0,572	0,569
	Postest	-3,060	0,003**

*p < 0,05 **p < 0,01 ***p < 0,001

En la tabla 7.97 se puede evidenciar significación estadística tanto para el grupo de seguimiento como para el grupo experimental total en la variable Actitud Psicológica Disfuncional.

Tabla 7.97 Variable Actitud Psicológica Disfuncional: Resultados prueba *t* de Student. Grupo de seguimiento versus Grupo experimental

Grupo	Variable ACTITUD DISFUNCIONAL	Puntuación <i>t</i>	Significación (bilateral)
SEGUIMIENTO (n=37)	Pretest	-1,704	0,094
	Postest	2,431	0,018*
EXPERIMENTAL (n=61)	Pretest	-1,373	0,174
	Postest	2,467	0,016*

p* < 0,05 *p* < 0,01 ****p* < 0,001

En la tabla 7.98 observamos de nuevo que no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable Estrés Laboral. Así como la igualdad en las puntuaciones entre el grupo de seguimiento y el grupo experimental total para la variable Estrés Laboral.

Tabla 7.98 Variable Estrés laboral: Resultados prueba *t* de Student. Grupo de seguimiento versus grupo experimental

Grupo	Variable ESTRÉS LABORAL	Puntuación <i>t</i>	Significación (bilateral)
SEGUIMIENTO (n=37)	Pretest	0,361	0,192
	Postest	-1,481	0,144
EXPERIMENTAL (n=61)	Pretest	-1,299	0,198
	Postest	-1,329	0,188

p* < 0,05 *p* < 0,01 ****p* < 0,001

En la tabla 7.99 presentamos los índices de tendencia central del grupo de seguimiento en relación a las variables dependientes estudiadas, con respecto a la fase pre, fase post y fase de seguimiento un año después de finalizar el programa de intervención.

Tabla 7.99 Estadísticos descriptivos para evaluación de las variables dependientes, en fase pretest, postest y de seguimiento (n=37)

Variables Dependientes	Evaluación Pretest		Evaluación Postest		Evaluación Seguimiento	
	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica	Media	Desviación Típica
Burnout	50,05	15,90	35,16	15,53	32,65	14,01
Cansancio Emocional	20,65	8,19	14,08	8,26	13,54	7,55
Desperso-nalización	9,19	5,89	6,54	5,05	5,30	3,78
Realización Personal	27,76	9,81	33,46	7,43	34,24	7,16
Estrés Laboral	75,89	29,85	72,05	26,86	73,86	27,97
Intensidad Respuesta de Estrés	15,14	6,79	11,32	4,57	10,19	4,24
Ansiedad Rasgo	21,68	9,16	18,57	7,84	16,31	7,63
Depresión	7,35	6,26	3,27	4,51	2,06	2,82
Actitud Psicológica Disfuncional	-4,65	18,68	20,14	18,10	22,11	17,10

En la tabla 7.99 se observa de una manera evidente que no sólo se ha mantenido la mejoría que se obtuvo al finalizar la intervención psicológica, sino que incluso los sujetos experimentales han logrado mejores resultados un año después, y todo ello, a pesar de que el estrés laboral hubiese aumentado en ese último año.

En las figuras 7.13, 7.14, 7.15, 7.16, 7.17 y 7.18 se exponen de una manera gráfica los resultados obtenidos por el grupo de seguimiento en las distintas fases de evaluación.

Figura 7.13 Gráfico media de la Variable Burnout en la fase pretest, postest y de seguimiento (n=37)

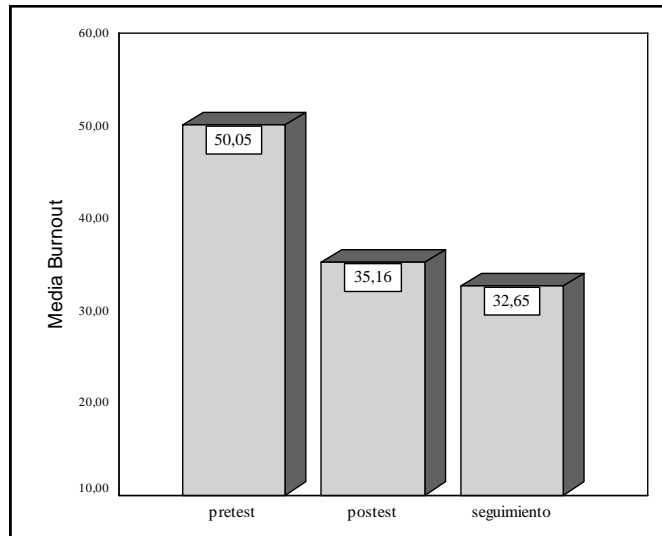


Figura 7.14 Gráfico medias de la Variable Intensidad de Respuestas de Estrés en la fase pretest, postest y de seguimiento (n=37)

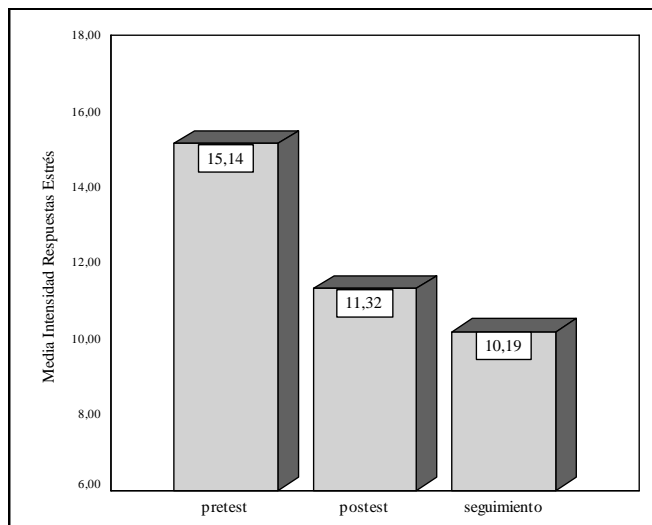


Figura 7.15 Gráfico medias de la Variable Ansiedad/Rasgo en la fase pretest, postest y de seguimiento (n=37)

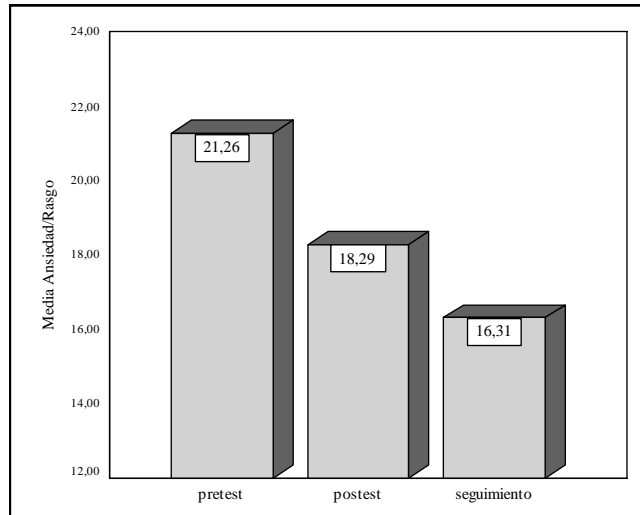


Figura 7.16 Gráfico medias de la Variable Depresión en la fase pretest, postest y de seguimiento (n=37)

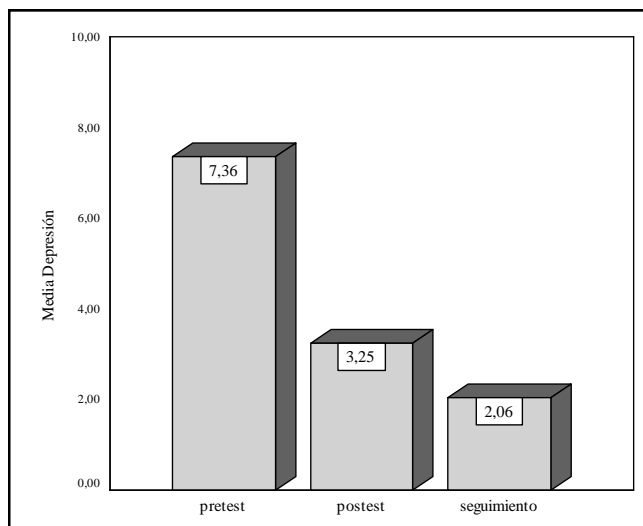


Figura 7.17 Gráfico medias de la Variable Actitud Psicológica Disfuncional en la fase pretest, postest y de seguimiento (n=37)

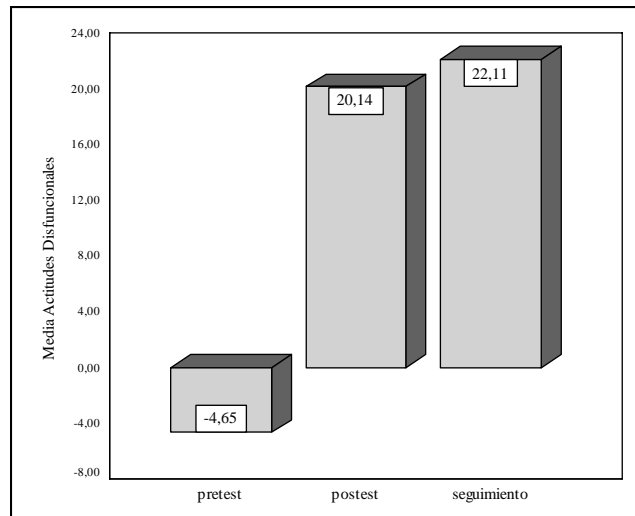
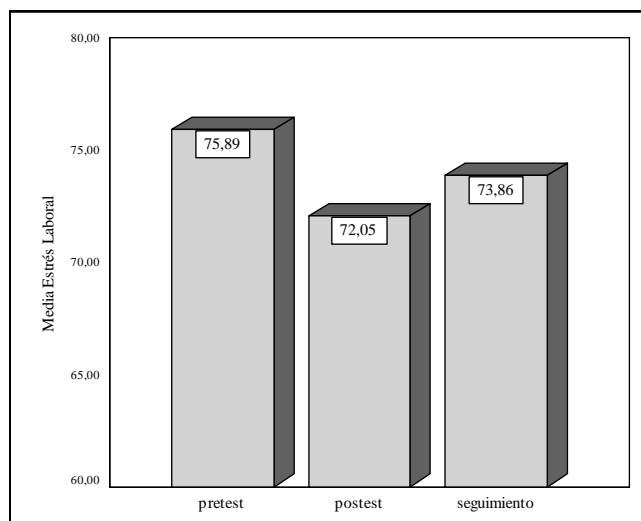


Figura 7.18 Gráfico medias de la Variable Estrés Laboral en la fase pretest, postest y de seguimiento (n=37)



A tenor de los resultados expuestos podemos concluir que la mejoría conseguida por los sujetos experimentales se mantiene estable un año después de finalizada la intervención con el programa IRIS. Hecho que confirma nuestra hipótesis número siete.

7.7 Interpretación de resultados en relación con otros estudios publicados

A continuación, de manera resumida, comparamos algunos de nuestros resultados con los publicados por diversos autores.

Nuestros resultados confirman lo publicado por Godin (2004) con respecto a que la sola presencia de estrés laboral no provoca burnout y que los profesionales pueden funcionar con altos niveles de estrés si su trabajo les transmite una retroalimentación positiva.

A diferencia de otros estudios (Burke y Richardsen, 1996; Moreno, Garrosa y González, 2000) que indican que el estrés de rol (sobrecarga cuantitativa y cualitativa más ambigüedad y conflicto de rol) es la variable de mayor poder explicativo del burnout y de cada una de sus dimensiones, en nuestro estudio sólo hemos encontrado relación positiva de algunas de las dimensiones del estrés laboral con las dimensiones cansancio emocional y despersonalización, no así con la dimensión realización personal. Este último resultado es similar a los estudios de Friesen y Sarros (1986) y Schwab et al. (1986).

Análogamente a Cebriá et al. (2001) encontramos asociación positiva entre ansiedad y cansancio emocional pero en nuestro estudio no se ha encontrado

relación con la dimensión despersonalización y sí con la falta de realización personal.

Al igual que los resultados de Iacovides et al. (2003) confirmamos que cuánto más elevados los niveles de burnout más elevados son los de depresión.

El hecho de que el programa IRIS haya sido eficaz para reducir los niveles de cansancio emocional supone que se han reducido los niveles de la dimensión que se considera el elemento clave que define el cuadro de burnout según los estudios realizados por Shirom y Melamed (2003) y Schwartzmann (2004).

De manera similar a nuestra intervención, con el programa Solution-focused brief therapy (Bolles et al., 2001) y el Respiratory One Method (Ospina y Figley, 2003) los sujetos consiguieron reducir los niveles de cansancio emocional. Otros programas de intervención han obtenido mejorías estadísticamente significativas, como el Assertiveness Training de Shimizu et al. (2003) y Ewers et al. (2002) y el programa de Comunicación Empática del Burnout de Miller et al. (1995) que consiguieron mejorías en realización personal, no así en despersonalización ni en cansancio emocional

Nuestra intervención ha sido efectiva para conseguir un mejor manejo del estrés en el lugar del trabajo, debido a la reducción de la intensidad de las respuestas de estrés, hecho que ratifica las investigaciones realizadas por Reynolds

(2000) y Van der Kling et al. (2001), autores que concluyen comentando los resultados satisfactorios de las intervenciones focalizadas en los individuos.

Por último, confirmamos la eficacia que los programas de intervención tienen sobre la depresión, tal como orientan Jane-Llopis et al. en su meta-análisis efectuado en el año 2003.

Capítulo 8

Conclusiones y líneas futuras de investigación

8.1 Conclusiones.....	353
8.2 Líneas futuras de investigación.....	364

Capítulo 8

Conclusiones y líneas futuras de investigación

En este último capítulo analizaremos y valoraremos si hemos conseguido todos aquellos objetivos que pretendíamos alcanzar con el desarrollo empírico de nuestra Tesis Doctoral así como si se han cumplido las hipótesis que habíamos planteado y finalizaremos indicando las líneas futuras de investigación con el fin de que este sea sólo el principio de un campo de actuación tremendamente teorizado pero en el que se han desarrollado y aplicado escasos programas de intervención.

8.1 Conclusiones.

Objetivo nº 1:

Determinar las relaciones existentes entre burnout, estrés laboral y disfunciones emocionales.

Hipótesis relacionada (1ª):

El síndrome de burnout de los profesionales sanitarios no facultativos no se relaciona con los niveles de estrés laboral individual, pero sí se relaciona con la intensidad de las respuestas de estrés, así como con las diferentes disfunciones emocionales que pudieran ir asociadas, tales como ansiedad, depresión y debilidad psicológica, en el sentido de que a mayor burnout, mayor número de respuestas de estrés, mayores niveles de ansiedad, de depresión y mayor debilidad psicológica.

Podemos aceptar nuestra primera hipótesis ya que no hemos encontrado relaciones estadísticamente significativas entre las variables Estrés Laboral y Burnout, pero sí entre la variable Burnout y las variables Intensidad de Respuestas de Estrés, Ansiedad, Depresión y Actitud Psicológica Disfuncional.

Concluimos comentando que:

- a. Los sujetos con mayores niveles de burnout presentan un mayor número de respuestas de estrés, una mayor ansiedad y puntuaciones más altas en niveles de depresión. A una mayor realización personal se asocian unos niveles más bajos de ansiedad y de depresión.
- b. Los sujetos con una mayor debilidad psicológica en relación con las actitudes disfuncionales presentan un mayor número de respuestas de estrés, mayores niveles de ansiedad y de depresión.
- c. Los sujetos con mayores niveles de ansiedad presentan un mayor número de respuestas de estrés y unas puntuaciones más elevadas en depresión.

- d. Los sujetos que soportan unos mayores niveles de estrés laboral presentan un mayor número de respuestas de estrés y unos niveles más elevados de ansiedad.
- e. El estrés laboral no se relaciona con el burnout en cuanto a síndrome global, pero sí se relaciona con las dimensiones cansancio emocional y despersonalización, en el sentido de que con unos niveles más elevados de estrés laboral los sujetos se sienten más cansados emocionalmente y más despersonalizados, pero también se relaciona con la realización personal, en el sentido de que los sujetos que se sienten más realizados con su trabajo son aquellos que presentan unos mayores niveles de estrés laboral. Es necesario hacer constar que este puede ser el motivo por el cual no hemos hallado relaciones estadísticamente significativas entre el burnout y el estrés laboral, ya que si bien unos niveles elevados de estrés laboral provocan un mayor cansancio emocional y despersonalización, también conllevan a una mayor realización personal por el trabajo que se está desempeñando.
- f. Los sujetos más cansados emocionalmente son aquellos que presentan sobrecarga cuantitativa y cualitativa de trabajo, estrés por el desarrollo de la carrera y por ambigüedad de rol. Los sujetos más despersonalizados son aquellos que tienen una sobrecarga cualitativa del trabajo y estrés por el desarrollo de la carrera. Los sujetos que presentan una alta realización personal con su trabajo son aquellos que tienen una sobrecarga cuantitativa de trabajo y estrés por el desarrollo de la carrera y por la responsabilidad con personas.

- g. Los sujetos que presentan una tendencia hacia el perfeccionismo y a establecer criterios de rendimiento inflexible y excesivamente alto como actitud psicológica disfuncional, presentan unos niveles más elevados de burnout. Del mismo modo presentan una mayor despersonalización los sujetos perfeccionistas, omnipotentes y con escasa autonomía. No se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre la variable Actitud Psicológica Disfuncional total con la variable Burnout, ni con ninguna de sus dimensiones.
- h. La sobrecarga cualitativa de trabajo, es decir, sentir que se carece de la habilidad necesaria para desempeñar la tarea o considerar que las normas de desempeño son muy altas, es el estresor que provoca una mayor intensidad de respuestas de estrés, ansiedad, depresión, cansancio emocional y despersonalización.

Objetivo 2:

Reducir los niveles de burnout en profesionales sanitarios no facultativos a través de una intervención psicológica.

Hipótesis relacionada (2ª):

Una intervención cognitivo-conductual desarrollada a través del programa I.R.I.S. conseguirá una reducción estadísticamente significativa de los niveles de burnout de los profesionales sanitarios no facultativos, y dicha reducción no se producirá en el grupo de control.

Podemos aceptar nuestra segunda hipótesis ya que el programa IRIS ha sido eficaz para reducir los niveles de burnout de los sujetos pertenecientes al grupo experimental, hecho que no se ha producido en los sujetos que formaban parte del grupo control.

Concluimos comentado que:

- a. La intervención realizada por medio del programa IRIS ha conseguido reducir los niveles de burnout de los sujetos experimentales. En la fase previa a la intervención 34 sujetos del grupo experimental presentaban niveles elevados de burnout, tras la intervención tan sólo 13 sujetos mantenían elevados niveles de burnout.
- b. Se han obtenido diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el control, de manera que la mejoría en burnout obtenida en el grupo experimental no se ha producido en el grupo control. Los grupos blanco y ébano son los que han obtenido unos niveles más elevados de mejoría.
- c. La intervención realizada con el programa IRIS, en relación con el burnout, sólo reduce de manera estadísticamente significativa los niveles de cansancio emocional de los sujetos, no siendo eficaz para reducir los niveles de despersonalización, ni para potenciar la realización personal. Es decir, la mejora que se obtiene con la intervención psicológica con respecto al burnout, es debida a la disminución del cansancio emocional de los sujetos

Objetivo 3:

Disminuir la intensidad de las respuestas de estrés, los niveles de ansiedad y depresión, y mejorar las actitudes psicológicas disfuncionales de los profesionales sanitarios no facultativos por medio de una intervención psicológica.

Hipótesis relacionada (3ª):

Una intervención cognitivo-conductual desarrollada a través del programa I.R.I.S. conseguirá una reducción de la intensidad de las respuestas de estrés, una disminución de los niveles de ansiedad y depresión, así como una mejora de las actitudes psicológicas disfuncionales en los profesionales sanitarios no facultativos de manera estadísticamente significativa, resultados que en el grupo control no habrían variado.

Podemos aceptar nuestra tercera hipótesis ya que el programa IRIS ha sido eficaz para reducir los niveles de ansiedad, depresión, intensidad de respuestas de estrés y mejora en actitud psicológica disfuncional de los sujetos pertenecientes al grupo experimental, hecho que no se ha producido en los sujetos que formaban parte del grupo control.

Concluimos comentando que:

- a. La intervención realizada por medio del programa IRIS ha conseguido reducir la intensidad de las respuestas de estrés de los sujetos experimentales (en

- especial los grupos cereza, dorado y ébano) con diferencias estadísticamente significativas en relación con el grupo control.
- b. La intervención realizada por medio del programa IRIS ha conseguido reducir los niveles de ansiedad rasgo de los sujetos experimentales (en especial los grupos blanco y ébano) con diferencias estadísticamente significativas en relación con el grupo control.
- c. La intervención realizada por medio del programa IRIS ha conseguido reducir los niveles de depresión de los sujetos experimentales (en especial el grupo ébano) con diferencias estadísticamente significativas en relación con el grupo control.
- d. La intervención realizada por medio del programa IRIS ha conseguido mejoras en la actitud psicológica de los sujetos experimentales (en especial los grupos blanco y ébano) con diferencias estadísticamente significativas en relación con el grupo control.

Objetivo 4:

Aplicar un programa de intervención psicológica, programa I.R.I.S., y evaluar el esquema de intervención más eficaz para obtener los mejores resultados.

Hipótesis relacionadas (4ª y 5ª):

El programa I.R.I.S. será eficaz cuando los sujetos asistan a las relajaciones programadas en relación con la no asistencia y será independiente el que las

sesiones se programen semanal o quincenalmente o en turno de mañana o tarde, en el sentido de que será igual de efectivo tanto si se programan las sesiones con temporalidad semanal o quincenal y se asista en turno de mañana o tarde.

El programa I.R.I.S. será eficaz cuando se aplique en su totalidad, es decir, cuando se realice la intervención completa, en el sentido de que si sólo se aplican bloques de intervención, éstos no resultarán igualmente eficaces.

No podemos aceptar lo postulado en nuestra hipótesis número cuatro, debido a que nuestros resultados indican que tanto la asistencia como la no asistencia a las sesiones de relajación obtienen resultados de mejora estadísticamente significativos, del mismo modo tampoco queda confirmada por el hecho de que se obtienen mejores resultados cuando el programa IRIS se aplica semanalmente que cuando se aplica quincenalmente.

Por otra parte, podemos aceptar nuestra hipótesis número cinco, ya que el programa IRIS consigue ser eficaz cuando se aplica en su totalidad de sesiones de intervención.

Concluimos comentando que:

- a. Hemos desarrollado e implementado un programa de intervención psicológica cognitivo-conductual, el programa IRIS.

- b. La mejoría obtenida con el programa IRIS es independiente de la asistencia o no asistencia a las sesiones de relajación.
- c. Los sujetos que obtienen mejorías estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas son aquellos que han asistido a las sesiones de intervención semanalmente, tanto en turno de mañana como de tarde.
- d. Los sujetos que reciben la intervención completa (20 sesiones) son los que obtienen unos niveles de mejoría estadísticamente significativos en todas las variables estudiadas.

Objetivo 5:

Valorar si los resultados obtenidos con el programa I.R.I.S. son los mismos, independientemente del Estilo de Conducta Interpersonal de los sujetos sobre los que se aplica la intervención.

Hipótesis relacionada (6ª):

La eficacia del programa I.R.I.S. será independiente del tipo de conducta interpersonal característico de los sujetos experimentales, en el sentido de que los profesionales sanitarios obtendrán los mismos beneficios con el programa de intervención independientemente de cuales sean sus Estilos de Conducta Interpersonal.

No podemos aceptar la hipótesis número seis ya que existen unos estilos de conducta interpersonal, es decir, unos sujetos con características de relación no

dominantes y no afectivos que no obtienen ningún tipo de mejoría, estadísticamente significativa, con la intervención realizada.

Concluimos comentando que:

- a. Los sujetos que presentan niveles más elevados de burnout son aquellos con características de introvertidos, distantes, tímidos, reservados, no cordiales, ni cálidos, ni cooperativos.
- b. Presentan niveles más elevados de ansiedad los sujetos tímidos, temerosos y dependientes. En contraposición, los sujetos alegres, animados, sociables y vivaces presentan niveles más bajos de ansiedad.
- c. Las puntuaciones más elevadas de burnout, ansiedad, depresión y debilidad psicológica la presentan los sujetos con un perfil de no dominantes – no afectivos.
- d. La intervención realizada con el programa IRIS obtiene resultados estadísticamente significativos para las variables Burnout y Depresión en los sujetos categorizados como afectivos, para las variables Intensidad de Respuestas de Estrés y Actitud Psicológica Disfuncional en todos los sujetos excepto en los no dominantes-no afectivos y para la variable Ansiedad Rasgo en los sujetos no dominantes-afectivos.
- e. No obtienen ninguna mejora estadísticamente significativa los sujetos no dominantes-no afectivos.

Objetivo 6:

Establecer si los resultados obtenidos con el programa I.R.I.S. al finalizar la intervención se mantienen estables un año después.

Hipótesis relacionada (7ª):

Una vez desarrollado el programa de intervención I.R.I.S., la mejora lograda se mantendrá estable en el tiempo, de forma que pasado un año se conservará la mejoría conseguida.

Podemos aceptar nuestra séptima y última hipótesis ya que la mejoría conseguida con el programa IRIS, se ha mantenido estable un año después de finalizada la intervención.

Concluimos comentando que:

- a. En la evaluación de seguimiento, analizando el conjunto de las variables estudiadas, observamos que pasado un año desde que finalizó la intervención se han obtenido resultados de mejora en todas las variables, excepto para la variable Estrés Laboral que ha sufrido un ligero incremento.
- b. La mejoría se mantiene estable después de un año independientemente de los niveles de estrés laboral de los sujetos.

Queremos concluir comentando que nuestra Tesis Doctoral surge con un fin, el de ofrecer una solución terapéutica que repercuta beneficiosamente en los

profesionales sanitarios, ya que después de tres décadas de análisis teórico del síndrome de burnout y de casi toda una vida de estudios respecto a las disfunciones emocionales, creemos que ha llegado el momento de aplicar programas que ocupen el vacío existente en cuanto a la prevención y mejora psico-emocional de los profesionales sanitarios. No olvidemos que los problemas emocionales y psicosociales son la primera causa de absentismo laboral, con las repercusiones que conlleva para la empresa y sobre todo para los trabajadores.

8.2 Líneas futuras de investigación.

Hemos analizado una problemática, una problemática real y en continuo crecimiento exponencial, hemos observado la poca capacitación de los servicios de prevención para hacer su trabajo, hemos descubierto la necesidad de los trabajadores por recibir asistencia psicológica, ayuda emocional y recursos de afrontamiento.

Por otra parte nos ha sorprendido la falta de “interés” de los varones (sólo un inscrito al curso de habilidades de relación) por el desarrollo personal en el plano psicológico (“debe ser cosa de mujeres” pensarán). Pero son tristes también las estadísticas referidas a la incidencia patológica en el sexo masculino en relación a los problemas emocionales y a los diagnósticos psiquiátricos. Lejos de evitar formar parte de grupos de autoayuda, debieran afrontar la necesidad real que

tienen de fomentar el aprendizaje de recursos y estrategias de afrontamiento pues no olvidemos que según diversos autores el cansancio emocional como dimensión del burnout es más preponderante en varones que en mujeres y recordemos que el programa IRIS fue especialmente eficaz para reducir los niveles de cansancio emocional de los sujetos experimentales.

Al mismo tiempo recordemos que la intervención realizada ha sido aplicada sobre la población diana en cuanto a la afectación del burnout y de las disfunciones emocionales, cuyo perfil sería: mujer (enfermera o auxiliar de enfermería) de más de 40 años, con plaza fija en el hospital, con turno de trabajo de entre 36 a 40 horas semanales y con antigüedad laboral de más de 15 años. Hemos estado acertados en cuanto al personal sobre el que se ha aplicado la intervención.

Pero creemos que el programa IRIS o cualquier otro tipo de intervención psicológica que se realice tienen además otra serie de efectos positivos como son:

- a. El efecto bumerang de la intervención: Ofrecer recursos y estrategias puede ayudar no sólo por que se conozcan, sino por que se repitan una y otra vez, además por el hecho de ser aplicado en formato de grupo, puede que aunque en principio algún sujeto no “confíe” en esas estrategias al ver resultados positivos en los otros termine “convencido” de su utilidad.

- b. El efecto dominó: En un principio puede ser tremendamente difícil cambiar las actitudes en los sujetos, pero una vez puesta en marcha la intervención, las “fichas” bien colocadas podrían ir cayendo secuencialmente de manera que la necesidad de poner en marcha una estrategia conlleve a querer aprender otras y otras, y hacer recorridos cada vez más difíciles y por lo tanto más hermosos o excelentes.

- c. El efecto cascada: Una vez aprendidas las estrategias, recursos y técnicas instrumentales podemos empezar a descubrir un cambio en las actitudes de los sujetos. A partir de ahí, recordemos que no hay mejor forma de aprender que la de enseñar, es el momento en el que los sujetos pueden llevarse esa “mochila” llena de recursos a otros apartados de su vida, provocando una cadena de reacciones positivas entre los suyos, ya sean otros grupos de trabajo, como en los grupos familiares de pertenencia. Podemos llegar a ser un “modelo” diferente, un modelo más positivo.

Por último comentar otros escenarios de actuación sobre los que puede ser eficaz el programa IRIS, previo estudio de las problemáticas características, así como de la utilización de otras estrategias alternativas orientadas a esos grupos diferenciados. Entre ellos estarían:

- Médicos, sanitarios facultativos, colectivo en el que los niveles de burnout son similares al del grupo sanitario no facultativo.

- Personal que trabaje en centros sanitarios aun no siendo sanitarios tales como: personal de administración, gestores, celadores, personal de mantenimiento, etc.
- Profesionales de la educación, otro colectivo con altas tasas de burnout y problemática psico-emocional.
- Jóvenes, ya que sería tremendamente impactante poder formar a nuestros jóvenes para la prevención de los riesgos emocionales.
- Finalmente todos aquellos grupos o colectivos con una problemática pareja o similar sobre los que una intervención con el fin de mejorar recursos y habilidades pudiera ser especialmente interesante.

Sabemos como hemos de aplicar nuestro programa de intervención IRIS de la manera más eficaz, que sería, realizando sesiones semanales, completando todos los bloques de intervención, y utilizando un formato grupal, que además podría servir como apoyo social. También conocemos que los sujetos no dominantes - no afectivos, es decir, reservados, introvertidos, distantes y tímidos no obtienen mejoría con nuestra intervención, por lo que para poder ayudar a estas personas quizá sería más aconsejable una terapia individualizada.

Porque esperar a que la gente enferme, por que esperar a que las empresas se preocupen de sus trabajadores, porque esperar a que los servicios de prevención de riesgos laborales ejecuten toda su cartera de servicios incluida la que tiene que ver con la prevención de los riesgos psicosociales. Ante todo somos personas, en

este caso individuos que como sujetos únicos no podemos olvidar que somos parte de un grupo, pertenecemos a colectivos y nos desarrollamos como personas dentro de esos colectivos. El campo de la intervención psicológica puede servir de puente para afrontar esta y otras problemáticas. Es la hora de actuar, es el momento de intervenir, ya que “hay tiempo para todo y un tiempo para cada cosa”, el tiempo de lo teórico ya fue (aunque haya que seguir construyendo), ahora es el momento de la implicación, de tomar las riendas de los problemas más acuciantes en nuestro siglo XXI, los problemas emocionales, y nosotros, los psicólogos, somos los profesionales encargados de ello.

No sé si sí o si no, no sé. Quizá sea este el mejor final para un buen comienzo.

Hemos evaluado nuestra intervención pero creemos que no existe mejor cuestionario de control de resultados que el de las “sonrisas” reflejadas en el rostro de las personas (sujetos participantes), sobre todo cuando esas mismas personas comentan que sus “nuevas sonrisas” no las tenían antes. Y no hay mejor conclusión que la de un “gracias”, esas gracias que nuestros compañeros nos dieron al completar las sesiones del programa IRIS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*, 49-74.
- Acámer, F., López, C. y López-Torres, J. (1997). Satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en atención primaria. *Atención Primaria, 16*, 22-8.
- Adali, E. y Priami, M. (2002). Burnout among Nurses in Intensive Care Units, Internal Medicine Wards and Emergency Departments in Greek Hospitals. *ICUs and Nursing Web Journal. 11*: 1-19.
- Adler, N. y Matthews, K. (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of psychology, 45*, 229-259.
- Alonso, R., Botella, B., Jiménez, S., León, R. y Sanz, S. (2002). Síndrome de desgaste profesional en atención primaria. [citado:17/11/2003]; Disponible en Internet: <http://www.diezminutos.org/documentos/burnout/sabermas.html>
- Alloy, L. B., Kelly, K. A., Mineka, S., y Clements, C. M. (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. En J. D. Maser y C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 499-543). Washington: American Psychiatric Press.

- Andreasen, N. J. y Pfol, B. (1976). Linguistic analysis of speech in affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1361-1367.
- Ansbacher, H. L. y Ansbacher, R. R. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler. A system and presentation in selections from his writings*. Nueva York: Basic.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey Bass.
- Appel, J. K. (2003). An investigation into the relationship between multisystem coping resources and burnout. *Dissertation Abstracts International section A: Humanities and social sciences*. 63 (7-A): 2465.
- Arizeta, A. G.; Portillo, I. y Ayestarán, S. (2001). Cambio organizacional y cultural en un hospital: percepciones y discurso de sus impulsores. *Revista Calidad Asistencial*, 16, 22-8.
- Arthur, N. M. (1990). The assessment of burnout: A review of three inventories useful for research and counseling. *Journal of Counseling and Development*, 69 (2), 186-189.
- Atance Martínez, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*. 71(3): 293-303.
- Ávila-Espada, A. (1996). *IAS. Escala de Adjetivos Interpersonales de J. S. Wiggins* (adaptación española). Madrid: Ediciones TEA.

- Ayuso, J. L. y López, J. (1993). Síndrome de burnout y SIDA. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 27, 42-46.
- Ballester Arnal, R. (1998). Salud y psicología de la salud. En F. Palmero, y E. G. Fernández Abascal (Editores), *Emociones y Adaptación*. Barcelona: Ariel.
- Bandura, A (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Bas, F. y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Beck, A. T. (1967). *Depresión: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).
- Beck, A.T. y Emery, G. (1985). *Anxiety and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Bernstein, D. A., y Borkovec, T. D. (1973): *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign: Research Press.
- Blackburn, I. M., Jones, S. y Lewin, R. J. (1986). Cognitive style in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 241-251.

- Blanco, A. (2000). Presente y futuro de la tecnología de la información en el sector sanitario. *Revista Calidad Asistencial*, 15, 271-4.
- Blasco, F. J.; Irlas, J. A. y Huet, J. (1996). Satisfacción laboral y estresores profesionales en los intensivistas españoles: resultados de una encuesta. *Todo Hospital*, 124, 35-40.
- Bolle, J. L. (1988). Supporting the deliverers of care: strategies to support nurses and prevent burnout. *The Nurses Clinics of North America*, 23 (4), 843-50.
- Boucher, F. y Binette, A. (1989). Conozca y controle su estrés. Buenos Aires, Argentina. Ediciones Lidium.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: I. Attachment*. New York: Basic Books (Trad. esp. en Buenos Aires: Paidós, 1976).
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: II. Separation, anxiety and anger*. New York: Basic Books (Trad. esp. en Buenos Aires: Paidós, 1976).
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: III. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books (Trad. esp. en Buenos Aires: Paidós, 1985).
- Bowles, N., Mackintosh, C. y Alison, T. (2001). Nurses' communication skills: an evaluation of the impact of solution focused communication training. *Journal of Advanced Nursing*, 36 (3), 347-354.
- Brenninkmeyer, V., Van Yperen, N. W. y Buunk B. P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: Is decline of superiority a distinguishing feature? *Pers. Individ. Differ*, 30, 873-880.

- Brill, P. L. (1984). The need for an operacional definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12-24.
- Brookings, J. B., Boltob, B., Brown, C. E, et al. (1985). Self-reported job burnout among female human service professionals. *Journal of Occupational Behavior*, 6, 143-50.
- Buceta, J. M. y Bueno, A. .M. (1995). *Psicología y Salud: control del estrés y trastornos asociados*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Buceta, J. M. y Bueno, A. .M. (2001). Estrés, rendimiento y salud. En: J. M. Buceta, A. M. Bueno y B. Mas (Eds.). *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo*, (pp. 19-55). Madrid: Dykinson.
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1993). Implicaciones de las condiciones socio-económicas y del apoyo social en la salud mental de la población. *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología y Psicósomática*, 14, 43-56.
- Buendía, J. y Ramos, F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Bueno, F. J. y Celma, C. (1999). Salud laboral en el entorno hospitalario. *Todo Hospital*, 155, 199-203.
- Bumberry, W., Oliver, J. y McClure, J. N. (1978). Validation of the Beck Depression Inventory in a university population using psychiatric estimate as the criterion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 150-155.

- Burke, R. J. y Richardsen, A. M. (1993). Psychological burnout in organizations. In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior* (pp. 263-299). New York: Marcel Dekker.
- Burke, R. J. y Richardsen, A. M. (1996). Stress, burnout and health. En C. L. Cooper, (Ed.), *Handbook of Stress, Medicine and Health*. New York: CRC Press.
- Burke, R. J., Shearer, J. y Deszca, G. (1984). Burnout among men and women in police work: An examination of the Cherniss model. *Journal Health Human Resources Administration*, 7, 162-188.
- Burns, D. D. (1990). *Sentirse bien*. Barcelona: Paidós. (Orig. 1980).
- Buss, D. M. y Barnes, M. (1986). Preferences in mate selection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 559-570.
- Buunk, B. P. y Schaufeli, W. B. (1993). Burnout: A perspective from social comparison theory. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53-69). London: Taylor y Francis.
- Caballero, M. A. Bermejo, F. Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención primaria*, 27(5), 53-59.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI de España, S.A.
- Cano Vindel, A. Miguel Tobal, J. J. (2000) Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero-

15 de Marzo 2000 [citado: 2/3/2004]; Conferencia 28-CI-A: [29 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm

Capilla Pueyo, R. (2000). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. *Jano*, 58 (1334), 56-58.

Caplan, J. D., Cobb, S., French, J. P. R., Harrison, R. V. y Pinneau, S. R. (1976). *Job demands and worker health*. Washington, DC: Department of Health, Education and Welfare.

Carmona, F. J. Sanz, L. J. y Marín, D. (2002). Relaciones entre el Síndrome de Burnout y el clima laboral de los profesionales de enfermería. *Interpsiquis, 3er Congreso virtual de psiquiatría*. 1-28 de Febrero de 2002.

Casas, J., Repullo, J. R. y Lorenzo, S. (2002). Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias de afrontamiento. *Revista Calidad Asistencial*, 17 (4), 237-46.

Cassel, J. P. (1974). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology* 104, 161-166.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *Am. J. Epidemiol.* 104, 107-123.

Castilla, V., Ojeda, F., Checa, A., González, R. y Puras, A. (2000). La informatización del trabajo clínico asistencial: análisis crítico desde la experiencia de un centro hospitalario de nueva creación. *Revista Calidad Asistencial*, 15, 241-8.

- Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M. et al. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria* 27, 459-68.
- Ceslowitz, S. B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14 (7), 553-58.
- Chacon, M. (1995). *El burnout en personal de enfermería*. Ponencia al Congreso Internacional de Dolor y Cuidados Paliativos. Puerto Vallarta, México.
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout*. Londres: Sage Publications.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Editores), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). London: Taylor y Francis.
- Clark, J. V. y Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. *Psychological Reports*, 36, 211-221.
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (1988). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. En P. C. Kendall y D. Watson (Eds.), *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features* (pp. 379-411). San Diego, CA: Academic Press.
- Clark, D. A., Beck, A. T. y Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 958-964.

- Clark, D. A., Beck, A. T. y Stewart, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 148-155.
- Clinton, R. (1980). *How to prevent burnout and achieve personal well-being*. Detroit: Human Potencial Publications
- Cohen, R. L. y Ahearn, F. L. (1980). *Handbook for Mental Health Care of Disaster Victims*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Cobb, S. (1976). Social support as a mediator of life stress. *Psychosocial Medicine* 38, 300-314.
- Comisión Europea (1997). *Informe sobre el estrés vinculado con el trabajo*. Comité consultivo de seguridad, higiene y protección de la salud en el trabajo. Bruselas.
- Cooper, C. L. (1988). El comportamiento propenso al estrés: la personalidad de tipo A. En R. Kalimo, M. A. El-Batawi y C. L. Cooper (editores), *Los factores psicosociales en el trabajo* (pp. 132-7). Ginebra: OMS.
- Cooper, Z. y Paykel E. S. (1993). Social Factors in the Onset and Maintenance of Depression. En: D. Bhugra y J. Leff (Eds.) *Social Psychiatry* (p. 99-121). Cambridge: Oxford Blackwell Scientific Publications.
- Cordes, C. L. y Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18 (4), 621-656.
- Costa, M. y López, E. (1996). *Manual para el Educador Social (Vol. 1 y 2)*. Ministerio de asuntos Sociales.

- Cotter, K. y Mena, M. (2001). Impact of the supervisory relationship on worker job satisfaction and burnout. *Dissertation Abstract International Section A: Humanities and Social Sciences*, 61 (9), 3771.
- Cox, T. y McKay, C. J. (1981). A transactional approach to occupational stress. En J. Corlett y J. Richardson (Eds.), *Stress, productivity and work design*. Chichester: Wiley & Sons.
- Cox, T., Kuk, G. y Leiter, M. (1993). Burnout, Health, Work Stress and Organizational Healthiness. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. (Eds.), *Professional Burnout: recent Developments in Theory and research*. London: Taylor & Francis.
- Cox, T., Griffiths, A y Rial-González, E. (2000). *Research on work - related stress*. Luxemburgo: European Agency for Safety and Health at Work.
- Coyne, J. C. y Downey, G. (1991). The approval motive: Studies in evaluative dependence. *Annual Review of Psychology*, 54, 486-49.
- Cronin-Stubbs, D. y Rooks, C. (1985). The stress, social support, and burnout of critical care nurses. *Heart and Lung*, 14, 31-39.
- Daleva, M. (1988). Reacciones metabólicas y neurohormonales al estrés profesional. En R. Kalimo, M. A. El-Batawi y C. L. Cooper (Eds.), *Los factores psicosociales en el trabajo* (pp. 48-62). Ginebra: OMS.
- Daniel Vega, E. (1995). Estudio del Síndrome de Desgaste Profesional entre los médicos de un Hospital General. *Tesis Doctoral*. Universidad de Salamanca.

- Daniel Vega, E. Pérez Urdaniz, A. P. Fernández Cantí, G. (1996). Burnout Syndrome in General Hospital Doctors. *European Journal Psychiatr.*, 4 (19), 207-13.
- Da Silva Sobral, H. Daniel Vega, E. Pérez Urdaniz, A. (1999). Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los profesionales sanitarios de un hospital general. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27 (5), 310-20.
- Deffenbacher, J. L. (1993). La inoculación de estrés. En: V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 626-54). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- De la Peña, E. Sanz, J. C. Garrido, J. Carvajal, J. Galán, R. y Herrero, A. (2002). Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. *Enfermería Clínica*, 12 (2), 59-64.
- De las Cuevas, C. González de Rivera, J. L. De la Fuente, J. A. Alviani, M. y Ruiz-Benitez, A. (1997). Burnout y reactividad al estrés. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 41, 10-18.
- De Pablo, R. y Superviola J. F. (1998). Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria. *Atención Primaria*, 22(9), 580-84.
- DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Hollon, S. D., Garvey, M. J., Grove, W. M. y Tuason, V. B. (1990). How does cognitive therapy work? Change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 862-869.

- Deus, L. I. Fumagalli, V. L. (2000). El compromiso emocional y la despersonalización como síntomas de riesgo en el profesional de la salud. *Psicooncología. Org.*
- Dick, M. J. (1986). Burnout in nurse faculty: relationship with management style, collegial support, and work load in collegiate programs. *Journal of Professional Nursing, 2*, 252-260.
- Dickson, A., Takezawa, M. y Ono, A. (2000). A women in your own right. *Tokio: Tsuge-Shyoboshinsya*, 33-179 (in Japanese).
- Dirección General de Empleo y Asuntos Sociales de la Comisión Europea, (1999). *Guía sobre el estrés relacionado con el trabajo. ¿La «sal de la vida» o el «beso de la muerte»?* Seguridad y salud en el trabajo.
- Dobson, K. S. y Franche, R. L. (1993). La práctica de la terapia cognitiva. En: V. Caballo Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 493-526). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Dolan, S. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal Advanced Nursing, 12*, 3-12.
- Drinkwater, J. (1992). Death from overwork. *Lancet, 340*, 598.
- D´Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology, 78*, 107-126.
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Einsedel, L y Tully, J. (1981). Methodological considerations in studying the burnout phenomenon. En J. Jones (Comp.), *The burnout syndrome:*

- Current, research, theory and interventions*. Londres: Park Ridge III, London House.
- Ellis, A. (1977). The basic clinic theory of rational-emotive therapy. En A. Ellis y R. Grieger (Eds.), *Handbook of Rational-emotive Therapy*, New York: Springer.
- Etzion, D. y Pines, A. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals: A social psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17(2), 191-209.
- Ewers, P., Bradshaw, T. y McGovern, J. (2002). Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses? *Journal of advanced Nursing*, 37, 470-76.
- Fagin, L., Brown, D., Bartlett, H. y Leary, J. (1995). The Claybury community psychiatric nurse stress study: is it more stressfull to work in hospital or in the community? *Journal advanced nursing*, 22, 347-58.
- Farber, B.A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Res*, 77 (6), 325-31.
- Felipe, E. (2004). *Valor clínico-diagnóstico de las Escalas de Adjetivos Interpersonales (IAS)*. Tesis Doctorales. Universidad de Salamanca. Salamanca.
- Felipe, E. y Ávila, A. (2002). Los perfiles interpersonales: Aspectos clínicos del Circumplex de Wiggins. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7 (1), 19-35.

Fernández-Abascal, E. G. y Palmero, F. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.

Fernández Cantí, G. (1993). Síndrome de Burnout entre profesionales del Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. *XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática*.

Fernández-Garrido, J. (2001). Programas de intervención en el desarrollo de la carrera laboral. En: J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 161-79). Madrid: Ediciones Pirámide.

Fernández-López, J. A., Siegrist, J., Rödel, A. y Hernández Mejía, R. (2003). El estrés laboral: un Nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? *Atención Primaria*, 31 (8), 524-36.

Fernández, M. I., Villagrasa, J. R., Gamo, M. F., Vázquez, J., Cruz, E., Aguirre, M. V. et al. (1995). Estudio de la satisfacción laboral y sus determinantes en los trabajadores sanitarios de un área de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 69, 487-97.

Firth, H. y Britton, P. (1989). Burnout absence and turnover among British nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62 (1), 23-8.

Firth, H., McIntee, J., McKeown, P. et al. (1985). Maslach Burnout Inventory: factor structure and norms for British nursing staff. *Psychological Reports*, 57, 147-50.

Firth, H., McKeown, P. McIntee, J., et al. (1987). Professional depression, burnout and personality in longstay nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 24 (3), 277-37.

- Flórez Lozano, J. A. (1994). *Síndrome de estar quemado*. Barcelona: Edika Med.
- Flórez Lozano, J. A. (2003). Salud mental del médico: prevención y control del burnout. *Salud Global*, 3 (2), 1-7.
- Fong, C. M. (1990). Role overload, social support, and burnout among nursing educators. *Journal of Nursing Education*, 29, 102-108.
- Freedly, J. R. y Hobfoll, S. E. (1994). Stress inoculation for reduction of burnout: A conservation of resources approach. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 311-325.
- French, J. R. P. y Khan, R. L. (1962). A programmatic approach to studying the industrial environment and mental health. *Journal of Social Issues*, 18, 1-47.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-65.
- Freudenberger, H. J. (1980a). *Burnout*. Nueva York: Doubleday. (Tomado de la traducción francesa de 1987, *L'Épuisement professionnel: la brûlure interne*. Québec, Canadá: Gaetan Morin)
- Freudenberger, H. J. (1980b). *Burnout: the high cost of high achievement*. Garden City, New York: Doubleday.
- Friedman, I.A. y Farber, B. (1992). Professional selfconcept as a predictor of teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 86 (1), 28-35.
- Friedman, E. S. y Thase, M. E. (1995). Trastornos del estado de ánimo. En V. E. Caballo, G. Buéla-Casal y J. A. Carrobes, (Eds.). *Manual de*

- Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Vol. 1. Madrid: Siglo XXI Editores, S.A.
- Friesen, D. y Sarros, J. (1986). Sources of burnout among educators. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 179-188.
- Gabriel, P., y Limatainen, M. R. (2002). *Mental health in the workplace: Introduction*. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra.
- García de Lucio, L., Camaño, M. D., Mas, B., Marín, M. T. y García López, F. J. (2000). Training programme in techniques of self-control and communication skills to improve nurses' relationships with relatives of seriously ill patients: a randomized controlled study. *Journal of Advanced Nursing*, 32 (2), 425-430.
- García Izquierdo, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7(18), 3-12.
- García, M., Llor, B. y Saez, C. (1994). Estudio comparativo de dos medidas de Burnout en personal sanitario. *Anales de Psiquiatría*, 10 (5), 180-84.
- García, N., Roca, A., Carmona, A. y Olona, M. (2004). Síndrome de Burnout en los equipos de Enfermería de Cuidados Intensivos de Cataluña. *Revista Metas*, 63.
- García-Pérez, E. M., Magaz, A. y García-Campuzano, R. (1998). EMEST: *Escala Magallanes de Estrés. Manual de referencia*. Madrid: Albor-COHS.
- Garden, A. M. (1989). Burnout: The effect of psychological type on research findings. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 223-234.

- Gentry, J. E., Baranowsky, A. B. y Dunnig, K. (1997). Accelerated Recovery Program For Compasión Fatigue. *Thirteen Annual Internacional Society For Traumatic Stress Studies Conference*. Quenn Elizabeth Hotel. Montreal, QB, Canadá. November 9, 1997.
- Gil, F., Jarana, L. y León, J. M. (1992). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. R. y Peiró, J. M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de psicología*, 15 (2), 261-68.
- Gil-Monte, P. R., Peiró, J. M. y Valcárcel, P. (1995). A causal model of burnout process development: an alternative to Golembiewski and Leiter models. Trabajo presentado en el *VII Congreso Europeo sobre Trabajo y Psicología Organizacional*. Gyor, Hungría.
- Gil, P. R. y Schaufeli, W. B. (1991). Burnout en enfermería: un estudio comparativo España-Holanda. *Psicología del trabajo y de las organizaciones*, 7 (19), 121-30.
- Glass, D. C. y McKnight J. D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. *Psychol Health*; 11, 23-48.

- Godin, I. K. (2004). Differential economic stability and psychosocial stress at work: associations with psychosomatic complaints and absenteeism. *Soc. Sci. Med*; 58, 1543–1553.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavior Science*, 19 (4), 461-81.
- Golembiewski, R. T. y Munzenrider, R. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. Westport: Praeger.
- Gracia, F., Peiró, J. M. y Ramos, J. (1996). Aspectos temporales del trabajo. En: J. M. Peiró y F. Prieto (Eds.), *Tratado de psicología del trabajo. Vol I. La actividad laboral en su contexto* (pp.36-91). Madrid: Síntesis.
- Green, D. E. y Walkey, F. H. (1988). A confirmation of the three-factors structure of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 48, 579-85.
- Greenglass, E. R. y Burke, R. J. (1988). Work and family precursors of burnout in teachers: Sex differences. *Sex Roles*, 18 (3-4), 215-229.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J. y Ondrack, M. (1990). A gender role perspective of coping and burnout. *Applied Psychology: An International Review*, 39 (1), 5-27.
- Guerrero, E. y Vicente, F. (2001). Síndrome de burnout o desgaste profesional y estrés en el profesorado. Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura (en prensa).

- Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de Psicología*, 19 (1), 145-158.
- Guthrie, E., Black, D., Bagalkote, H., Shaw, C., Campbell, M. y Creed, F. (1998). Psychological stress and burnout in a medical students: a five year prospective longitudinal study. *J R Soc Med*, 91, 237-43.
- Hadziolova, I. (1988). La edad y el sexo en relación con el estrés profesional. En: R. Kalimo, M. A. El-Batawi y C. L. Cooper (Eds.), *Los factores psicosociales en el trabajo* (pp. 138-47). Ginebra: OMS.
- Harrison, W. D. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 29-39). New York: Pergamon Press.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Hill, C. V., Oei, T. P. S. y Hill, M. A. (1989). An empirical investigation of the specificity and sensitivity of the Automatic Thoughts Questionnaire and Dysfunctional Attitudes Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11, 291-311.
- Hirsh, B. J. (1980). Natural support systems and coping with major life changes. *Am. J. Comm. Psych.* 8, 159-171.
- Hobfoll, S. E. y Freedy, J. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek

- (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor y Francis.
- House, J. (1981). *Work Stress and Social Support*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N, Kaprinis, S. y Kaprinis G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J. Affect Disorders*, 75, 209–21.
- Ibañez, N., Vilaregut, A. y Abbio, A. (2002). Estudio transversal descriptivo sobre la prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras hospitalarias de Barcelona. *Enfermería Clínica*, 14 (3), 142-151.
- Ivancevich, M. y Matteson, J. (1989). *Estrés y trabajo: una perspectiva gerencial* (2ª ed.). México: Editorial Trillas. Serie: Teoría y práctica organizacional.
- Iwanicki, E. F. y Schwab, R. L. (1981). A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 41, 1167-74.
- Jackson, S. E. (1983). Participation in decision making as a strategy for reducing job related strain. *Journal of Applied Psychology*, 68, 3-19.
- Jacobson, E. (1929). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

- Jane-Llopis, E., Hosman, C., Jenkins, R. y Anderson, P. (2003). Predictors of efficacy in depression prevention programmes. Meta-analysis. *Br. J. Psychiatry*, (183), 384-397.
- Jones, J. W. (1980). *The staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP)*. Park Ridge III: London House.
- Jones, J. W. (1982). Diagnosing and treating staff burnout among health professionals. In: J. W. Jones (Ed.), *The Burnout Syndrome: current research, theory, interventions* (pp. 107-25). Park Ridge III: London House.
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: a review of the empirical evidence. *Canadian Psychology*, 29, 284-297.
- Kahn, J. P. (1993). *Mental Health in the Workplace—A Practical Psychiatric Guide*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-307.
- Karasek, R. (1992). Stress prevention through work reorganization: a summary of 19 international case studies. *Conditional Work Digest*, 11, 23-41.
- Karasek, R. Y Theorell T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Khan, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoeck, J. D. y Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York: Wiley.

- Kiesler, D. J. (1983). The 1982 interpersonal circle. A taxonomy for complementary in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185-214.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health. An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 1-11.
- Kobasa, S. C. (1982). The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. En: S. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, inc.
- Kushnir, T. y Melamed, S. (1992). The Gulf War and its impact on burnout and wellbeing of working civilians. *Psychology Medicine*, 22 (4), 987-995.
- Labrador, F. J. (1992). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas Hoy.
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (2000). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta* (p.730). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Landsbergis, P. A. (1988). Occupational stress among health care workers: a test of the job demand model. *Journal of Occupational Behavior*, 9, 217-239.
- Lazarus, R. S. (1985). *Stress, appraisal and coping capacities. A scientific debate: How to define stress research*. National Institute of Mental Health, Center for Prevention research. Washington, D. C.: US Department of health and Human Services, Public Health Service.

- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca, S.A.
- Leal Rubio, J. (1993). Equipos comunitarios: ¿una ilusión sin porvenir, un porvenir sin ilusión? En *Salud Mental y Servicios Sociales: el espacio comunitario*. Barcelona: Diputación de Barcelona.
- Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1990). On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 75 (6), 743-47.
- Lee, R. T. y Asforth, B. E. (1993a). A further examination of managerial burnout: Toward an integrate model. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 3-20.
- Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1993b). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers-comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54 (3), 369-398.
- Lee, R. T. y Ashforth B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J. Appl Psychol*; 81: 123-133.

- Lega, L. I. (1993). La terapia racional-emotiva: una conversación con Albert Ellis. En: V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 475-92). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Leiter, M. P. (1988). Burnout as a function of communication patterns. *Group and Organization Studies*, 13 (1), 111-28.
- Leiter, M. P. (1990). The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43(11), 1067-1083.
- Leiter, M. P. (1991a). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of organizational behaviour*, 9, 297-308.
- Leiter, M. P. (1991b). The dream denied: professional burnout and the constraints of service organizations. *Canadian Psychology*, 32, 547-558.
- Leiter, M. P. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work and stress*, 6 (2), 107-116.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a development process: Consideration of models. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237-250). London: Taylor & Francis.
- Leiter, M. P. y Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment. *Journal Organizational Behavior*, 6, 297-308.
- Leiter, M. P. y Schaufeli, W. B. (1996) Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress and Coping*, 9, 229-243.

- Lenart, S. B., Bauer, C. G., Brighton, D. D., Johnson, J. J. y Stringer, T. M. (1998). Grief support for nursing staff in the ICU. *Journal nurses Saff Dev, 14*, 293-6.
- Levi, L. (1998). An environmental approach to grief and depression. *WPA Bulletin on Depression, Vol. 4*, N° 16.
- Levi, L. y Levi, I. (2000). *Guidance on work related-stress, Spice of Life or Kiss of Death?* Luxembourg Office for Official Publications of the European Committee.[citado:7/3/2004];Disponible en Internet: http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2002/ke4502361_en.html.
- Lewinsohn, P. M., Mischel, W., Chaplin, W. y Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology, 89*, 203-212.
- Lombardi, M. A. y Tomassi, R. (2002). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital Universitario de Caracas. *Interpsiquis*.
- López-Soriano, F. y Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Revista Calidad Asistencial, 17 (4)*, 201-5.
- Maddi, S. R. (1988). On the problem of accepting facticity and pursuing possibility. En S. B. Messer, L. A. Sass y R. L. Woolfold, (Eds.), *Hermeneutics and Psychological Theory*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behaviour modification*. Cambridge: M. A. Ballinger.
- Mandler, G. (1972). Helplessness: Theory and research in anxiety. En C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research, Vol. 2* (pp. 359-374). New York: Academic Press.
- Martin, M. J. (1982). Burnout: Fact or fad? *Psychosomatics*, 23, 461.
- Martín Daza, F., (NTP 138). *El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Martínez C. A. (2001). *Estrés: Aspectos Médicos*. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo.
- Martínez-Sánchez, F. y Fernández Castro, J. (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en Psicología Básica y Aplicada. Presentación del Monográfico. *Anales de Psicología*, 10 (2), 101-110.
- Más, R., Escribá, V. y Cárdenas, M. (1999). Estresores laborales percibidos por el personal de enfermería hospitalario: un estudio cualitativo. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 2 (4), 159-167.
- Maslach, C. (1982): *The cost of caring*. New York: Prentice Hall Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12(7-8), 837-851.

- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*, 2ª ed. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B. y Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach C. (2004). *The relation between work environment and burnout*. In, *proceedings from the forum "The way we work and its impact in our health"*. California, USA: UCLA.
- Massini, M. y Rivera, T. (2001). Supervisory needs of in-home therapists as compared with therapists of clinical settings. *Dissertation Abstract International Section B: The Sciences and Engineering*, 61 (7), 3903.
- Matteson, M. T. e Ivancevich, J. M. (1987). *Controlling Work Stress. Effective human resource and management strategies*. San Francisco: Jossey Bass.
- McCranie, E. W., Lambert, V. y Lambert, C. (1987). Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research*, 36 (6), 374-78.
- McDermott, I. y O'Connor, J. (1996). *Programación Neurolingüística para la salud*. Barcelona: Ediciones Urano.
- McGrath, J. E. (1976). Estress and behaviour in organizations. En M. D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and Organizacional Psychology*, (pp. 1351-1395). Chicago: Rand McNally.

- Meichenbaum, D. (1975). A self instructional approach to stress management: A proposal for stress inoculation training. En C. Spielberger y I. Sarason (Eds.), *Stress and Anxiety I*. Washington: H. P. Corporation.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Melamed, S., Kushnir, T. y Shirom, A. (1992). Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behavior Medecine*, 18, 53-60.
- Mesmer, P. J. (2001). Use of humor as a stress coping strategy by para-professional youth care workers employed in residential group care facilities. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62 (1-B), 587.
- Miguel Tobal, J. J. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y L. Pinillos (Eds.), *Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción (Vol. 3)*, pp. 309-344. Madrid: Alambra.
- Miller, K., Birkholt, M., Scott, C. y Stage C. (1995). Empathy and burnout in human service work: an extension of a communication model. *Communication Research*, 22, 128-47.
- Mingote Adán, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5 (8), 493-508.
- Mingote Adán, J. C. y Pérez Corral, F. (1999). *El estrés del médico*. Madrid: Díaz Santos.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

- Mischel, W. (1968). *Personality and Assessment*. New York: Wiley.
- Morales, G., Gallego, L. M., y Rotger, D. (2004). La incidencia y relaciones de la ansiedad y el Burnout en los profesionales de intervención en crisis y servicios sociales. *Interpsiquis*. [citado: 3/5/2004]; Disponible en Internet <http://www.cop.es/colegiados.htm>
- Moreno, B. y Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En: M.A. Simón (Ed.). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*, (pp. 739-41). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moreno, B. (2000). Olvido y recuperación de los factores psicosociales en la salud laboral. *Archivos de Prevención de Riesgos laborales*, 3 (1), 3-4 (Editorial).
- Moreno, B., Garrosa, E. y González, J. L. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
- Moreno, B., González, J. L. y Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y Salud percibida. En J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.
- Moreno, B., Oliver, C. y Aragoneses, A. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. En: G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Eds.), *Manual de psicología clínica aplicada* (pp. 271-285). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Moreno, B. y Oliver, C. (1992). El MBI como escala de estrés en profesionales asistenciales: adaptación y nuevas versiones. *Ponencia al Congreso Iberoamericano de Psicología*. Madrid, Julio de 1992.

- Mothersill, K. J. (1987). *The Anxiety Maladaptive Attitude Scale (AMAS): Development and validation*. Comunicación presentada en el Annual Meeting of Association for the Advancement of Behavior Therapy. Boston.
- Murphy, L. R. (1986). A review of organisational stress management research: Methodological considerations. *Journal of Occupational Behavior Management*, 8, 215-228.
- Nagy, S. y Davis, L. G. (1985). Burnout: A comparative analysis of personality and environmental - variables. *Psychological Reports*, 57(3), 1319-1326.
- Nezu, A. M. y Nezu, C. M. (1993). Entrenamiento en solución de problemas. En V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 527-53). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Nogareda, C. (NTP 179) *La carga mental del trabajo: definición y evaluación*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Novack, K. M. y Pentkowski, A. M. (1994). Lifestyle habits, substance use and prediction of job burnout in professional working women. *Work and Stress*, 8, 19-35.
- O'Brien, G. E. (1998). El estrés laboral como factor determinante de la salud. En: J. Buendía (Ed.). *Estrés laboral y salud* (61-77). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Oliver, C. (1993). Análisis de la problemática de estrés en el profesorado de enseñanza media: el burnout como síndrome específico. Tesis doctoral no publicada, Facultad de psicología, Universidad Autónoma de Madrid.
- Olmedo, E. (1993). Propiedades psicométricas del constructo burnout. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.
- Orlowsky, J. P. y Gullledge, A. D. (1986). Critical care stress and burnout. *Critical Care Clinics*, 2 (1), 173-81.
- Ospina, K. y Figley, C. R. (2003). An evaluation of the Respiratory One Method (ROM) in reducing emocional exhaustion among family physician residents. *International Journal of Emergency Mental Health*, 5 (1), 29-32.
- Ottosson, J. O. (1995). *Psykiatri* (Psiquiatría). Estocolmo: Almqvist & Wiksell.
- Parkes, K. R. (1998). Estrés, trabajo y salud: características laborales, contexto ocupacional y diferencias individuales. En: J. Buendía (Ed.). *Estrés laboral y salud* (pp. 79-117). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Parkes, K. R. (2001). Intervenciones para la gestión del estrés en organizaciones. En: J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 109-29). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Paterniti, S., Niedhammer, I., Lang, T y Consoli, S.M. (2002). Psychosocial factors at work, personality traits and depressive symptoms. Longitudinal results from the GAZEL Study. *Br J Psychiatry*, (181), 111-117.

- Pedrabissi, L. y Santinello, R. (1984). Professione infermieristica e síndrome del burnout: un contributo alla baratura del MBI. *Psicología Aplicada*, 187-188, 41-6.
- Peinado, A. I. y Garcés, E. J. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: el síndrome del asistente desasistido. *Anales de Psicología*, 14 (1), 83-93.
- Peiró, J. M. (1999). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide.
- Peiró, J. M. y Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peñacoba, C. y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58, 61-69.
- Pera, G. y Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 6, 480-86.
- Pérez-Nieto, M. A., Cano Vindel, A., Miguel-Tobal, J. J., Camuñas, N., Sayalero, M. y Blanco, J.M. (2001). La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 247-257.
- Pérez Juste, R. (1983). Contrastes no paramétricos. En C. Jiménez, E. López-Barajas y R. Pérez Juste (Eds.), *Pedagogía Experimental II*. Madrid: MEC, UNED
- Peris, M. D. (2002). El número 7±2 como explicación cognitiva (LMCP) del síndrome de burnout y de PTSD. *Ponencia presentada en la Jornada de*

- debate Multidisciplinar sobre Mobbing*. Universitat Jaime I de Castellón. 14-12-2002.
- Pines, A. y Aaronson, E. (1988). *Career Burnout; causes and cures*. New York: Free Press.
- Pines, A., Aaronson, E. y Kafry, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), *Staff burnout: Job stress in the human services*. Nueva York: Free Press.
- Pines, A. y Kafry, D. (1978). Coping with burnout. Paper presented at the *Annual Convention of the American Psychology Association*. Toronto.
- Pines, A. y Kafry, D. (1981). The experience of life tedium in three generations of professional women. *Sex Roles*, 7, 117-134.
- Pines, A. y Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233-237.
- Pines, A. M. (1983). Burnout and the buffering effects of social support. En: B. A. Farber (Ed.), *Stress and Burnout in the Human Service Professions*. Nueva York: Pergamon Press.
- Piotrowski, C. (1996). Use of the Beck Depression Inventory in clinical practice. *Psychological Reports*, 79, 873-874.
- Prieto, L., Robles, E., Salazar, L. M. y Daniel, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Atención Primaria*, 29 (5), 294-302.

- Quatrocchi-Tubin, S., Jones, J.W. y Breedlove, V. (1982). The burnout Syndrome in geriatric counselor and service workers. *Activities, Adaptation and aging*, 3, 65-76.
- Quick, J. C., Quick, J. D., Nelson, D. L. y Hurrell Jr., J. J. (1997). *Preventive Stress Management in Organizations*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Ramos, F. y Buendía, J. (2001). El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En: J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp. 33-57). Madrid. Ediciones Pirámide.
- Reynolds S. (2000). Interventions: what works, what doesn't? *Occup Med*; 50 (5), 315-319.
- Rich, V. L. y Rich, A. R. (1987). Personality hardiness and burnout in female staff nurses. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 19 (2), 63-66.
- Riquelme, A., Buendía, J., y Rodríguez, M. C. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psichotema*, 5, 83-89.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- Ross, R. R., Altmaier, E. M. y Russel, D. W. (1989). Job stress, social support and burnout among counselling center staff. *Journal Counseling Psychology*, 36, 464-470.
- Roth, D. L. y Tucker, D. M. (1986). Neural systems in the emotional control of information processing. En R. E. Ingram (Ed.), *Information processing*

- approaches to clinical psychology* (pp. 77-94). Orlando, F. L.: Academic Press.
- Rout, U. (2001). Estrés laboral en profesionales de la salud. En: J. Buendía y F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud* (pp.93-108). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ruiz, J. A. y Bermúdez, J. (1989). Consideraciones en torno al Beck Depresión Inventory como instrumento de identificación de sujetos depresivos en muestras subclínicas. *Psychological Assessment*, 5, 255-272.
- Ruiz, J. A. y Bermúdez, J. (1992). Estado de ánimo depresivo, atención dividida y procesamiento de información emocional. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 43-47.
- Sánchez-Rodríguez, A., De Lucas, N., García-Ochoa, M. J. Sánchez Ferrer, C., Jiménez, J. A. y Bustinza, A. (2001). Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias*, 13, 170-75.
- Sanz, J. (1992). Constructos personales y síntomas depresivos: un estudio longitudinal. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 403-411
- Sanz, J. (1993). Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología*, 9 (2), 133-170.
- Sanz, J. (1998). *La Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) en población general*. Datos no publicados. Facultad de psicología. Universidad Complutense de Madrid.

- Sanz, J. (2002). La década de 1989-1998 en la psicología española: Análisis de la investigación en personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. *Papeles del Psicólogo*, Febrero, nº 81.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema*, vol. 10, nº 2, pp. 303-318.
- Sarros, J. C. y Friesen, D. (1987). The etiology of administrator burnout. *The Alberta Journal of Educational Research*, 33 (3), 163-179.
- Sauter, S. L., Murphy, L. R. y Hurrell, J. J. (1990). Prevention of work-related psychological distress. A national strategy proposed by the National Institute of Occupational Safety and Health. *American Psychologist*, 45, 1146-1158.
- Sauter, S. L., Murphy, L.R. y Hurrell, J. J. (1992). Prevention of work-related psychological disorders: A national strategy proposed by the National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). En *Work and Well-Being: An Agenda for 1990's*, dirigido por S. L. Sauter y G. Puryear Keita. Washington, D. C.: APA Press.
- Sebastián, O. (1995). Evaluación psicológica del entorno físico. *Salud y Trabajo*, (111-112), 400-69.
- Seidman, S. A. y Zager, J. (1991). A study of coping behaviours and teacher burnout. *Work and Stress*, 5 (3), 205-216.
- Schaufeli, W. B. y Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Occupational Behavior*, 14, 631-47.

- Schaufeli, W. D., Enzmann, D., y Girault, N. (1993). Measurement of burnout: a review. En, W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp. 199-215). United Kingdom: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B. y Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical Analysis*. Washington, D. C.: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B. y Janczur, B. (1991). Burnout among nurses: a Polish-Dutch comparison. *Journal Cross-Cultural Psychology* 1-34.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. y Jackson, S. E. (1996). The Maslach Burnout Inventory: General Survey. En C, Maslach, S. E. Jackson y M. P. Leiter (Eds.), *Maslach Burnout Inventory manual* (3ª ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Schein, E. H. (1988). *La cultura empresarial y el liderazgo*. Barcelona: Plaza y Janes.
- Schmidt-Atzert, L. (1985). *Psicología de las emociones*. Barcelona: Herder.
- Schultz, J. H. (1972). *El entrenamiento autógeno*. Barcelona: Científico-Médica (12ª ed.).
- Schwab, R. L. (1986). Burnout in education. En C. Maslach y S. E. Jackson, (Eds.), *Maslach Burnout Inventory* (2ª ed, pp. 18-22). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Schwab, R. L., Jackson, S. E. y Schuler, R. S. (1986). Educator burnout sources and consequences. *Educator Research Quarterly*, 10, 15-30.

- Schwartzmann, L. (2004). Estrés Laboral, Síndrome de Desgaste (quemado), Depresión: ¿Estamos hablando de lo mismo? *Ciencia y Trabajo*, 6 (14), 174-184.
- Scottish Forum for Public Health Medicine. (1997). *Scottish Needs Assessment Programme. Mental Health in the Workplace*. Glasgow: Scottish Forum for Public Health Medicine.
- Seisdedos, N. (1988). Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI). Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Shimizu, T., Mizoue, T., Kubota, S., Mishima, N. y Nagata S. (2003). Relationship between Burnout and Communication Skill Training among Japanese Hospital Nurses: A Pilot Study. *Journal of Occupational Health*. 45, 185-190.
- Shinn, M. y Morch, H. (1983). A tripartity model of coping with burnout. En B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in human services professions* (pp. 227-40). New York: Pergamon Press.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organization. En C. L. Cooper y I. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. New York: John Wiley and Sons.
- Shirom, A. y Melamed, S. (2003). Burnout and health: Current Knowledge and Future Research Directions Burnout Health. *Chapter Wiley. Vol (1)* (en prensa).

- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Göttingen: Hogrefe.
- Singh, J., Goolsby, J.R. y Rhoads, G.K. (1994). Behavioral and psychological consequences of boundary spanning burnout for customer service representatives. *Journal of Marketing Research*, 31, 558-569.
- Smith, N. M., Birch, N. E. y Marchant, M. P. (1984). Stress, distress, and burnout: A survey of public reference librarians. *Public Libraries*, 83-85.
- Smith, N. M., Watstein, S. B. y Wuehler, A. C. (1986). Burnout and social interest in librarians and library school students. *21st Century Mountain Plains Library Association Academic Library Section Research Forum*. Emporia State University. Kansas.
- Solano, M. C., Hernández, P., Vizcaya, M. E. y Reig, A. (2002). Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enfermería intensiva*. 13 (1), 9-16.
- Spencer Johnson, M. D. (2000). *¿Quién se ha llevado mi queso?* Ediciones Urano.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad/Rasgo (STAI)*, 3ª edición. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research*, Vol. 2 (pp. 23-49). New York: Academic Press.

- Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *J. Psychosom. Res*, 51, 697-704.
- Thase, M. E., Simons, A. D., McGeary, J., Cahalane, J. F., Hughes, C., Harden, T. y Friedman, E. (1992). Relapse after cognitive behavior therapy of depression: Potential implications of longer courses of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1046-1052.
- Thompson, M. S., Page, S. L. y Cooper, C. L. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Trucco, M. (2004). El Estrés y la Salud mental en el Trabajo: Documento de Trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad. *Ciencia y Trabajo*, 6 (14), 185-188.
- Tselebis, A., Moulou, A. y Ilias, I. (2001). Burnout versus depresión and sense of coherence: study of Greek nursing staff. *Nursing and Health Sciences*. 3 (2), 69-71.
- Vallejo, M. A. (1998). *Manual de Terapia de Conducta, Vol, I y II*. Madrid: Editorial Dykinson.
- Van der Kling, J. J. L., Blonk, R. W.B ., Schene, A. H. y Van Dijk, F. J. H. (2001). The benefits of interventions for Work-Related Stress. *Am. J. Public Health*, 91, 270-276.
- Vázquez, C. (1990). Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Vol. II. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

- Vázquez, C. (1995). Evaluación de los trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (Ed.), *Evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 163-209). Madrid: CEPE.
- Vera, M. N. y Vila, J. (1993). Técnicas de relajación. En: V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 161-82). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Villagrán, J. M. (1996). *La depresión*. Madrid: Aguilar.
- Weissman, A. N. (1979). The dysfunctional attitude style: A validation study. (Tesis Doctoral, University of Pennsylvania, 1978). *Dissertation Abstracts International*, 40, 1389B-1390B.
- Wessler, R. L. y Hankin-Wessler, S. (1993). La terapia de valoración cognitiva. En: V. Caballo (Ed.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 556-579). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Wiggins, J. S. (1980). Circumplex models of interpersonal behaviour. En L. Wheeler (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology I*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Wiggins, J. S. (1982). Circumplex models of interpersonal behaviour in clinical psychology. En P. S. Kendal y J. N. Butcher (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: Wiley.
- Wiggins, J. S. y Broughton, R. (1985). The interpersonal circle. A structural model for the integration of personality research. En Hogan y W. H. Jones (Eds.), *Perspectives in Personality*. Greenwich: JAI Press.

- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C. y Mathews, A. (1988). *Cognitive Psychology and emotional disorders*. New York: Wiley.
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social Support and burnout. En W. B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek. (Eds.), *Professional burnout: recent Developments in Theory and research*. London: Taylor and Francis.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behaviour therapy* (2ª edición). Nueva York: Pergamon Press.
- Zachary, G. y Ortega, B. (1993). Age of Angst—Workplace revolutions boost productivity at cost of job security. *Wall Street Journal*, 10 de marzo.

IV. ANEXOS

IV. ANEXOS

Anexo I: Diario de Sesiones: Esquema del programa.....	417
Anexo II: Asignación de tareas.....	423
Anexo III: Canciones para escuchar con el corazón.....	435
Anexo IV: Texto de presentaciones para dinámicas.....	453
Anexo V: Libros de Autoayuda.....	467
Anexo VI: Programa del Curso de Habilidades de Relación y Autoayuda...	469
Anexo VII: Declaración de Interés Sanitario de la Junta de Extremadura.....	477
Anexo VIII: Diploma Acreditativo.....	479
Anexo IX: Informe Psicológico Individualizado.....	481
Anexo X: Consentimiento Informado.....	483

ANEXO I

Diario de Sesiones: Esquema del programa

Bloque I: Estrategias dirigidas a la prevención y control del estrés

<u>Sesiones</u>	1	2	3	4
	Evaluación Presentación	Estrés general Y Sdr. Burnout	Estrés Afrontamiento	Biofeedback +: Confianza. Relajación Apoyo social
Revisión de tareas de casa		Revisar y comentar el “Agujero negro”	Gráfica estrés Práctica de relajación y Ensayo en respiración. Acupresión. Revisar-comentar “SCAR”	¿Se ha practicado la relajación? Revisar y comentar “Eres un SOLete”
Sección didáctica	<ul style="list-style-type: none"> · Cronograma · Objetivos · Recordar normas de funcionamiento. · Explicar las bases del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> · El estrés: definición, tipos, características consecuencias. · Introducción al Burnout 	<ul style="list-style-type: none"> · Estrategias de afrontamiento generales. · Afrontamiento del Burnout. · Relajación progresiva de Jacobson. 	<ul style="list-style-type: none"> · Tipos de relajación: progresiva muscular, autógena de Schultz, control de la respiración, visualización.
Sección de introducción y práctica de estrategias	<ul style="list-style-type: none"> · Lluvia de ideas: “¿Qué persigo, deseo o quiero asistiendo a las sesiones?” · Palabra rápida ¿Qué aporta cada uno al curso? · El “Agujero negro” 	<ul style="list-style-type: none"> · Lluvia de ideas: “Siento estrés cuando...”. · “SCAR”. El león de los miedos · Acupresión y técnicas de respiración (5/7; diafragmática, yoga) 	<ul style="list-style-type: none"> · Ensayo en relajación progresiva de Jacobson modificada · “Eres un SOLete” · Leer Cuento “Espacio, espacio”. 	<ul style="list-style-type: none"> · Lluvia de ideas: feedback + Virtud propia.+ ¿qué te gusta de.....? · Ejercicio de visualización y de relajación autógena. · Práctica con método rápido de relajación.
Sección de asignación de tareas	<ul style="list-style-type: none"> · Llevar a casa el “agujero negro” y seguir apuntando hasta la siguiente sesión 	<ul style="list-style-type: none"> · Gráfica “Reconocer situaciones de estrés”. · Entregar fotocopias de relajación para práctica. · Entregar SCAR para seguir completando. 	<ul style="list-style-type: none"> · Practicar relajación muscular progresiva. · Seguir escribiendo en “Eres un SOLete” · Entregar Dossier de Estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> · Practicar relajación en casa.

Bloque II: Estrategias dirigidas a la mejora de la comunicación y al desarrollo de las actitudes

<u>Sesiones</u>	5 Actitudes en la relación de ayuda	6 Actitudes en la autoayuda y cambio	7 Comunicación: Generalidades Objetivos	8 Comunicación: Conducta verbal y no verbal	9 Asertividad
Revisión de tareas de casa	¿Se ha practicado la relajación?	¿Se ha leído el cuento del “QUESO”?	Revisar y comentar “Aguilucho”.	Cierra y abre ostras	Evaluación de procesos y problemas comunicativos
Sección didáctica	<ul style="list-style-type: none"> · Actitud en la relación · Patrones de conducta + y -, inteligencia adaptativa · Actitudes básicas de los profesionales sanitarios 	<ul style="list-style-type: none"> · Competencia emocional · Actitud en la auto-ayuda · Actitud para el cambio 	<ul style="list-style-type: none"> · Objetivos · Reglas de oro · Inhibidores: Lista cierrastras · Facilitadores: Lista abrestras. 	<ul style="list-style-type: none"> · Conducta verbal. · Conducta no verbal. · El mundo de los gestos. · Errores. · Axiomas. · Manejo usuarios · Comunicación terapéutica 	<ul style="list-style-type: none"> · Definición · Entrenamiento asertivo · ESCALA · Lenguaje corporal · Estrategias asertivas · Estrategias para bloquear
Sección de introducción y práctica de estrategias	<ul style="list-style-type: none"> · Relajación rápida · Dinámica de confianza · Fábula de la ostra y el pez. · Dinámica ¿Eres ostra o pez? 	<ul style="list-style-type: none"> · Fábula del aguilucho. · Canción: “Color esperanza” 	<ul style="list-style-type: none"> · Rol-playing sobre intervención en crisis + Evaluación del entrenamiento 	<ul style="list-style-type: none"> · Dinámicas de comunicación · Rol-playing: Igual que anterior, valorar cambios. · Reconocer problemas de comunicación en el hospital ¿Cómo mejorar? 	<ul style="list-style-type: none"> · ¿En qué situaciones te gustaría ser más asertivo? · Casos prácticos con tres tarjetas + lenguaje corporal · Derechos asertivos básicos
Sección de asignación de tareas	<ul style="list-style-type: none"> · Reconocer ostras y peces. · Lectura: ¿Quién se ha llevado mi queso? 	<ul style="list-style-type: none"> · Revisión interior de posibilidades, “el aguilucho” · Entregar Dossier de actitudes 	<ul style="list-style-type: none"> · Identificar y anotar cierra ostras y abrestras 	<ul style="list-style-type: none"> · Entregar Dossier de Comunicación · Observar y anotar problemas comunicativos 	<ul style="list-style-type: none"> · Entregar Dossier de Asertividad · “Te saco una tarjeta”

Bloque III: Estrategias dirigidas al aprendizaje y a la aplicación de recursos cognitivos

<u>Sesiones</u>	10 Autocontrol	11 Autoestima	12 Reestructuración Cognitiva Terapia Racional Emotiva	13 Autoinstrucciones Control del diálogo interno
Revisión de tareas de casa	¿Cuántas tarjetas has sacado? y ¿a quienes? y ¿por qué? ¿Has sido asertivo?	Evaluar autorregistro de pérdida de control.	Lectura del diario “Con cariño te cuento mi vida”	Palabras claves. ¿Cuáles utilizas?
Sección didáctica	<ul style="list-style-type: none"> · Etapas del autocontrol. · Estrategias de autocontrol. · Afrontamiento de la hostilidad · Técnicas de autocontrol 	<ul style="list-style-type: none"> · ¿Qué es autoestima? · ¿De que depende? · “Papa no me pegues” · ¿Cómo es la baja y la alta Autoestima? · ¿Cómo recuperarla? 	<ul style="list-style-type: none"> · Terapia Racional Emotiva. · Modelo A-B-C · Distorsión cognitiva · Ideas Irracionales · El mundo de las preocupaciones 	<ul style="list-style-type: none"> · Distorsiones cognitivas, palabras claves y alternativas. · Entrenamiento en autoinstrucciones y en el control del diálogo interno.
Sección de introducción y práctica de estrategias	<ul style="list-style-type: none"> · Fábula de Ulises. · El autocontrol del Surfista. 	<ul style="list-style-type: none"> · Termómetro de la autoestima (0 a 100) · ¿Qué te impide tener más autoestima? · Rompe tus cadenas · “Esto me gusta de ti” · “Me siento satisfecho de ser...” 	<ul style="list-style-type: none"> · Dinámica de Ellis para influencia de pensamiento. · Canción “Sin miedo” de Rosanna. · Gabriel G^a Márquez (13 líneas) 	<ul style="list-style-type: none"> · Canción: La fuerza de la vida · Cuento de las ranitas en la nata · “Balsa de la Medusa”
Sección de asignación de tareas	<ul style="list-style-type: none"> · Autorregistro de pérdida de control emocional · Dossier autocontrol · Entregar: “Cuentos y Reflexiones” 	<ul style="list-style-type: none"> · Escribir Diario: “Con cariño te cuento mi vida” · Dossier autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> · Busca tus distorsiones cognitivas en forma de palabras claves. 	<ul style="list-style-type: none"> · Autoinstrucciones positivas · Rechazo de Ideas Irracionales · Dossier Reestructuración cognitiva

Bloque IV: Estrategias dirigidas al desarrollo y entrenamiento de técnicas instrumentales y adaptativas

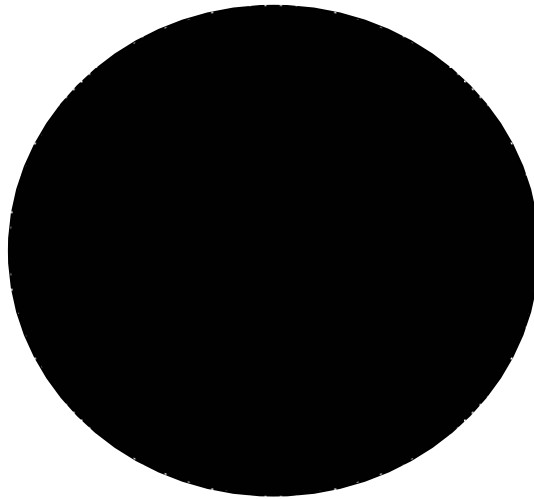
Sesiones	14 Solución de problemas Administración del tiempo	15 Motivación	16 Regulación de conflictos	17 Afrontamiento de conflictos y Toma de decisiones
Revisión de tareas de casa	<ul style="list-style-type: none"> · Tus autoinstrucciones positivas + Rechazo de ideas irracionales 	Organización (día-semana) Canción: “Un segundo en el camino”	A propósito de la motivación: motivadores y desmotivadores	¿Has regulado o resuelto algún conflicto: personal o de otros?
Sección didáctica	<ul style="list-style-type: none"> · Resumen final reestructuración cognitiva · Métodos de solución de problemas · Administración del tiempo 	<ul style="list-style-type: none"> · Definición, Origen y factores. · Importancia de las metas. · Grupo versus individuo. · Valoración disposicional. · Intervención. · Rendimiento grupal. · Motivación y calidad 	<ul style="list-style-type: none"> · El conflicto, tipos, estrategias. · Mediadores de conflictos · Intervención en crisis. 	<ul style="list-style-type: none"> · Hostilidad · Crisis emocionales · Toma de decisiones · Aprendiendo a tomar decisiones
Sección de introducción y práctica de estrategias	<ul style="list-style-type: none"> · Vivamos de Pablo Neruda · Dinámicas de solución de problemas individual y grupal · Canción “Si pongo corazón” · Canción “La senda del tiempo” 	<ul style="list-style-type: none"> · No hay nada que más motive que una sonrisa. · Canción “Sonrie” · “Regálame una sonrisa” · Dinámicas para sonreír. 	<ul style="list-style-type: none"> · Rima de Bécquer · “Asamblea en la carpintería” · Tu no eres una isla ¿Qué necesitan los demás de ti? · Máquina de escribir, trabajo en equipo · Percepciones: fotografía y distorsión datos o falta de información 	<ul style="list-style-type: none"> · Dinámicas de cambio de paradigma: “El tarro de tu vida: Piedras, garbanzos, arroz y agua”
Sección de asignación de tareas	<ul style="list-style-type: none"> · Organízate un día y una semana · Entregar Dossier de Solución de problemas y administración del tiempo · Entregar texto de la canción “Un segundo en el camino 	<ul style="list-style-type: none"> · ¿Qué me desmotiva? · ¿Quién o quienes me desmotivan? · Entregar Dossier de motivación 	<ul style="list-style-type: none"> · Ahora es el momento: Ve, contacta, regula, escríbelo y refuérzate. · Se entrega Dossier de Regulación de conflictos 	<ul style="list-style-type: none"> · ¿Cuál es son tus piedras, garbanzos, arroz y agua?

Bloque V: Estrategias dirigidas al entrenamiento en habilidades sociales

Sesiones	18 Entrenando Habilidades Sociales I	19 Entrenando Habilidades Sociales II	20 Habilidades Sociales III y fin
Revisión de tareas de casa	¿Piedras, garbanzos, arroz y agua?	¿Has sido recompensante?	¿En qué he mejorado? ¿Qué me falta por mejorar?
Sección didáctica	<ul style="list-style-type: none"> · HHSS ¿qué es? ¿por qué no somos habilidosos? · Como mejorar · Menú Habilidades I 	<ul style="list-style-type: none"> · Menú Habilidades II. · Aprendiendo a ser tu misma · Vence la timidez: confía en tí 	<ul style="list-style-type: none"> · El arte de informar · Procedimientos ofensivos y defensivos · Petición de cambios · El arte de decir NO + reflexiones en cuentos · Signos de autoestima elevada · Transformación eficaz · Vivir el presente
Sección de introducción y práctica de estrategias	<ul style="list-style-type: none"> · Rol playing ¿mejoras? · La comunicación descompuesta · Elementos de inducción de autoestima · Canción “Hoy puede ser un gran día” 	<ul style="list-style-type: none"> · Canción: “Bonito” y nada tan bonito como la amistad... · “La amistad” · Lección sabia del rey león “Timón y Pumba” · Nos vamos de vacaciones 	<ul style="list-style-type: none"> · ¿Qué mejoras has notado en tus compañeros? · Canción: “La vida sigue igual” · “Una de sapitos” · “El tren de la vida”
Sección de asignación de tareas	<ul style="list-style-type: none"> · Ser recompensante Investigando resultados valiosos (Practica en tu vida y cuéntanos) 	<ul style="list-style-type: none"> · “He mejorado en...” · Entregar dossier de Inteligencia emocional 	<ul style="list-style-type: none"> · Entregar CD: “Canciones para escuchar con el corazón” · Entregar Dossier de HHSS

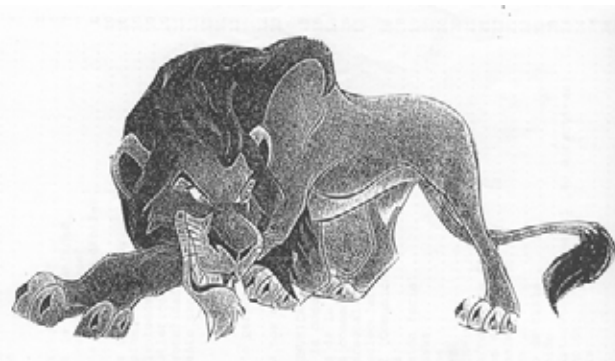
ANEXO II: Asignación de tareas

Hoja 1ª: “El agujero negro”



Hoja 2ª: “SCAR”

Miedos en el curso/trabajo




Miedos en la vida

Hoja 3ª: Autorregistro de Estrés

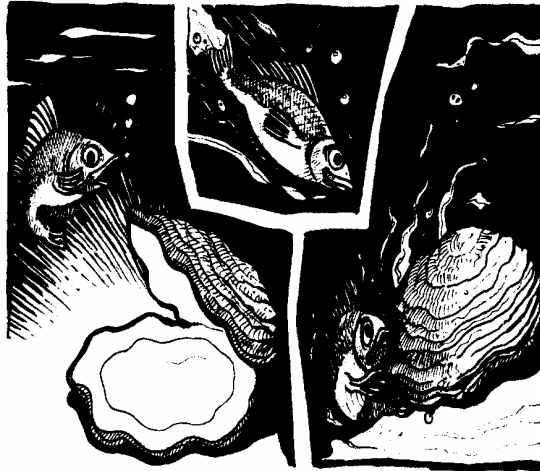
Día	Hora	Fuente de estrés	¿Qué sentiste?	¿Qué hiciste?

Hoja 4ª: “Eres un SOLete”

Hoja 5ª: “Ostras y peces”

Cierra Ostras



Dibujo reproducido con permiso del autor (Costa y López, 1996)

Abre Ostras

Hoja 6ª: “Aguiluchos”

¿Hasta dónde puedo llegar?



Dibujo reproducido con permiso del autor (Costa y López, 1996)

¿Qué puedo cambiar en mí?

Hoja 7ª: “Evaluación del entrenamiento”

Evaluación: 1. Muy pobre 2. Pobre. 3. Regular. 4. Bueno. 5. Muy bueno

Ensayo nº _____

COMPONENTES CONDUCTUALES

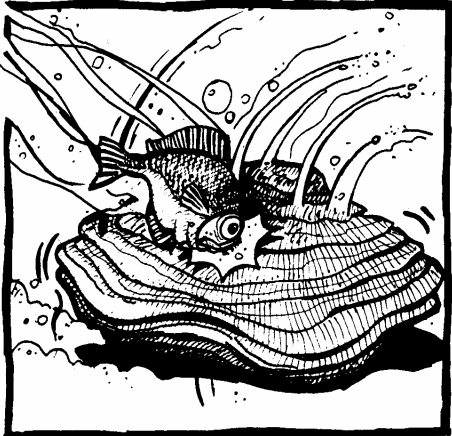
COMPONENTES NO VERBALES	Puntuación					Observaciones
MIRADA	1	2	3	4	5	
EXPRESIÓN FACIAL	1	2	3	4	5	
GESTOS	1	2	3	4	5	
POSTURA	1	2	3	4	5	
ORIENTACIÓN	1	2	3	4	5	
DISTANCIA CONTACTO FÍSICO	1	2	3	4	5	

COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS	Puntuación					Observaciones
VOLUMEN	1	2	3	4	5	
ENTONACIÓN	1	2	3	4	5	
FLUIDEZ	1	2	3	4	5	
TIEMPO DE HABLA	1	2	3	4	5	

CONTENIDO	Puntuación					Observaciones
APROPIADO A LA SITUACIÓN	1	2	3	4	5	
REFORZANTE	1	2	3	4	5	

Algo que apuntar _____

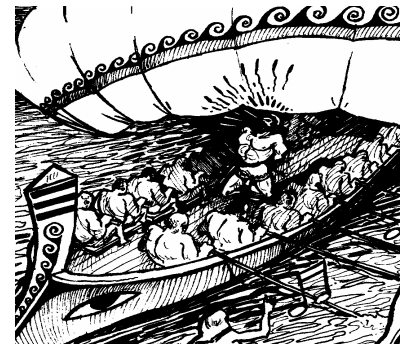
Hoja 8ª: “Observando problemas en comunicación”

Problema		Alternativa de Solución

Dibujo reproducido con permiso del autor (Costa y López, 1996)

Hoja 9ª: “Situaciones de pérdida de control”

Día	1	2	3	4...
Hora				
¿Qué pasó?				
¿Qué hice?				
¿Qué sentí?				
¿Qué resultado obtuve?				
¿Utilicé algún mástil? ¿Cual?				



Dibujo reproducido con permiso del autor (Costa y López, 1996)

Hoja 10ª: “Buscando distorsiones cognitivas en forma de palabras clave”

<u>PALABRAS CLAVES</u>	<u>SI</u> A veces digo, o pienso...	<u>NO</u> No, ni digo ni pienso...
No soporto que... No aguanto que... Esto es Insoportable		
Bueno frente a malo. Útil frente a inútil Correcto/Incorrecto		
Todo. Nadie. Nunca. Siempre. Todos. Ninguno...		
“Eso lo dice por...” “Eso se debe a		
“Y si sucede tal cosa”		
“Eso lo dice por mi” “Yo soy más... menos..		
“No puedo hacer nada por..” “Yo soy responsable de todo...”		
“No hay derecho a” “Es injusto que...”		
“Si tal cosa cambiara entonces yo podría...”		
“Soy un...” “Es un...” “Son unos...”		
“Por mi culpa” “Por su culpa” “Es culpa de”		
Debo de, no debo de, tengo que, debe de...		
“Llevo la razón” “Sé que estoy en lo cierto”		
“El día de mañana esto cambiará” “El día de mañana tendré mi recompensa		
“Si me siento así entonces es cierto que...”		

Hoja 11^a: “Rechazo de ideas irracionales”

- A. Escriba cómo fue la realidad.

- B. Escriba su lenguaje interior.

- C. Concéntrese en su respuesta emocional.

- D. Discuta y varíe el lenguaje interior.
 - a. Elija la idea irracional que desea discutir.
 - b. ¿Existe algún soporte racional de esa idea?
 - c. ¿De qué evidencias disponemos de la falsedad de esta idea?
 - d. ¿Existe alguna evidencia de la certeza de esta idea?
 - e. ¿Qué es lo peor que puede ocurrirme?
 - f. ¿Qué cosas buenas podrían ocurrirme?

- E. Sustituya el lenguaje interior por otro.

Hoja 12ª: “Autoinstrucciones positivas”

- ¡Lo puedo conseguir!
- ¡Me voy a preparar para las tareas concretas!
- ¡Puedo hacerlo y lo haré!
- ¡Buscaré información para mejorar mi conocimiento de la situación!
- ¡Tampoco es para tanto!
- ¡Tengo que centrarme en el problema que quiero resolver!
- ¡He conseguido cosas más complejas!
- ¡Este esfuerzo yo lo puedo hacer!
- ¡Deja de darle vueltas y afronta el problema!
- ¡Me siento tenso es natural!
- ¡Puedo realizar un plan para abordar esto!
- ¡Voy a ir paso a paso hasta conseguir mi propósito!
- ¡No saques conclusiones precipitadas!
- ¡Voy a estar atento a mis pensamientos negativos!
- ¡Me voy a concentrar en los pasos a dar!
- ¡Después me sentiré mejor!
- ¡Me lo he propuesto y lo voy a conseguir!
- ¡No tengas pereza. Atrévete!
- ¡Voy a valorar las posibilidades!
- ¡Voy a probar. Puede ser interesante!
- ¡El no tengo. A por el sí voy!
- ¡Si otros pueden también puedo yo!



Subraya las tres autoinstrucciones que te resulten más adecuadas a tu forma de ser y pensar. Si quieres, puedes añadir otras que tú compongas, siempre en referencia a valores positivos, y repítelas cada vez que vayas a hacer algo que estimes dificultoso o estresante. Sustituye tu pensamiento derrotista por uno... esperanzador y positivo.

Hoja 13ª: “Organízate un día y una semana”

Para organizarme un día

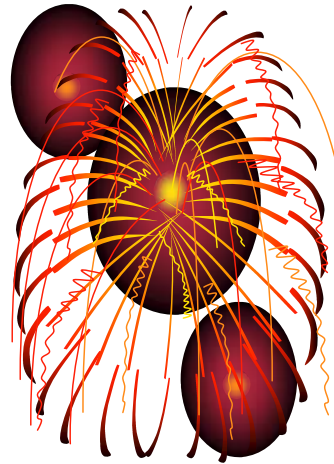
Hora	Actividades A	Actividades B	Actividades C

Me planifico una semana

Día	Actividades A	Actividades B	Actividades C

Hoja 14^a: “Ahora es el momento: ve, contacta y regula”

**Ve, contacta,
regula, escríbelo
y refuérzate**



Conflicto entre _____

Por _____

Hice _____

Conseguí _____

Me regalé _____

MIS CONFLICTOS

Día _____ Con _____ Por _____

Día _____ Con _____ Por _____

Día _____ Con _____ Por _____

Hoja 15ª: “El tarro de tu vida: Cosas importantes en mi vida y en mi trabajo”

Mis piedras	Mis garbanzos	Mi arroz	Mi agua

Hoja 16ª: “Ser Recompensante”
(Investigando resultados valiosos)



Dibujo reproducido con permiso del autor
(Costa y López, 1996)

Hoja 17: “He mejorado en...”



ANEXO III:

Canciones para escuchar con el corazón

Canción 1ª: “COLOR ESPERANZA”

(Roberto Sorokín, Cachorro López y Diego Torres)

Se, que hay en tus ojos con sólo mirar,
que estás cansado de andar y de andar
y caminar, girando siempre en un lugar.

Se, que las ventanas se pueden abrir,
cambiar el aire depende de ti,
te ayudará, vale la pena una vez más.

Saber que se puede, querer que se pueda
quitarse los miedos, sacarlos afuera,
pintarse la cara color esperanza,
tentar al futuro con el corazón.

Es, mejor perderse que nunca embarcar
mejor tentarse que dejar de intentar,
aunque ya ves que no es tan fácil empezar.

Se, que lo imposible se puede lograr
que la tristeza algún día se irá,
así será la vida cambia y cambiará.

Sentirás, que el alma vuela
por cantar una vez más.

Saber que se puede, querer que se pueda
quitarse los miedos, sacarlos afuera,
pintarse la cara color esperanza,
tentar al futuro con el corazón.

Vale más poder brillar
que sólo buscar, ver el sol

Pintarse la cara color esperanza,
tentar al futuro con el corazón.

Saber que se puede, querer que se pueda
quitarse los miedos, sacarlos afuera,
pintarse la cara color esperanza,
tentar al futuro con el corazón.

Canción 2ª: “SIN MIEDO”

(Rosana Arbelo)

Sin miedo sientes que la suerte está contigo,
jugando con los duendes abrigándote el camino.

Haciendo a cada paso lo mejor de lo vivido,
mejor vivir sin miedo.

Sin miedo, lo malo se nos va volviendo bueno.

Las calles se confunden con el cielo
Y nos hacemos aves, sobrevolando el suelo,
así sin miedo.

Si quieres las estrellas vuelco el cielo.

No hay sueños imposibles ni tan lejos.

Si somos como niños,
sin miedo a la locura, sin miedo a sonreír.

Sin miedo sientes que la suerte está contigo,
jugando con los duendes abrigándote el camino.

Haciendo a cada paso lo mejor de lo vivido,
mejor vivir sin miedo.

Sin miedo, las olas se acarician con el fuego.

Si alzamos bien las yemas de los dedos
podemos de puntillas tocar el universo, así sin miedo.

Las manos se nos llenan de deseos
que no son imposibles ni están lejos.

Si somos como niños
Sin miedo a la ternura, sin miedo a ser feliz.

Sin miedo sientes que la suerte está contigo,
jugando con los duendes abrigándote el camino.

Haciendo a cada paso lo mejor de lo vivido,
mejor vivir sin miedo.

Lo malo se nos va volviendo bueno

Si quieres las estrellas vuelco el cielo

Sin miedo a la locura.

Sin miedo a sonreír.

Sin miedo sientes que la suerte está contigo,
jugando con los duendes abrigándote el camino.

Haciendo a cada paso lo mejor de lo vivido,
mejor vivir sin miedo.

Canción 3ª: “LA FUERZA DE LA VIDA (La razón para luchar)”

(Paolo Vallesi, Giuseppe Dati)

Cuando cae la noche en pleno día y te envuelve la agonía,
te abandonas al desánimo.

Ya no tienes ni el consuelo de una lágrima, lloras mares sin poder llorar.

Cuando piensas que es la vida una condena, cuánto más grande es la pena,
el dolor amargo y trágico, que le arrebató el color a un mundo mágico,
te robó la poesía, las ganas de volar.

Siente en el dolor que brota de tu herida
latiendo con furor la fuerza de la vida,
y déjala crecer, y déjate creer,
que ese soplo de energía puede ayudarte a renacer.

Siente palpitar la sangre de tu herida y de ella brotará la fuerza de la vida;
la fuerza que ha de controlar, el aliento para andar, la razón para luchar.

En el sitio más oscuro, en la más negra agonía, en la pena inconsolable, en las
noches más vacías; una fuerza te levanta, tu la reconocerás,
una fuerza que te impulsa a caminar, te empuja y no se rendirá.

Siente palpitar la sangre de tu herida y de ella brotará la fuerza de la vida;

que no se rendirá, te desafiará.

A la muerte y el olvido vencerá, porque es eternidad.

Siente en el dolor que brota de tu herida

latiendo con furor la fuerza de la vida,

que resucitará en tu ser,

poderosamente viva sentirás lo que la vida es.

La fuerza de la vida.

Es la fuerza de la vida.

La fuerza de TU vida.

Canción 4ª: “SI PONGO CORAZÓN”

(Rosana Arbelo)

Si pongo ganas, si pongo corazón, si la ilusión me alcanza.

Si le echo ganas, puede el viento y puedo yo llenar de aire las alas.

Si pongo corazón.

Déjame volar aunque tropiece con el cielo,

hay noches estrelladas y días que se estrellan contra el suelo.

Déjame intentarlo aunque tropiece con mis sueños,
si aguantan las estrellas, en una de estas noches contra el viento yo... despego.

Si pongo el alma, si me bendices tú, si Dios no da la espalda.

Si vuelco en ganas, puede el viento y puedo yo llenar de aire las alas.

Si pongo corazón.

Déjame volar aunque tropiece con el cielo,

hay noches estrelladas y días que se estrellan contra el suelo.

Déjame intentarlo aunque tropiece con mis sueños,

si aguantan las estrellas, en una de estas noches contra el viento vuelo.

Déjame volar aunque tropiece con el cielo,

hay noches estrelladas y días que se estrellan contra el suelo.

Déjame intentarlo aunque tropiece con mis sueños,

si aguantan las estrellas, en una de estas noches contra el viento yo... despego.

Si aguantan las estrellas, en una de estas noches contra el viento yo... despego.

Canción 5ª: “LA SENDA DEL TIEMPO”

(Celtas cortos)

A veces llega un momento en que te haces viejo de repente,

sin arrugas en la frente pero con ganas de morir,

paseando por las calles, todo tiene igual color.

Siento que algo echo en falta, no se si será el AMOR.

Me despierto por las noches entre una gran confusión,
esta gran melancolía está acabando conmigo,
siento que me vuelvo loco y me sumerjo en el alcohol.
Las estrellas por la noche han perdido su esplendor.

He buscado en los desiertos de la tierra del dolor
y no he hallado más respuesta que espejismos de ilusión.
He hablado con las montañas de la desesperación
y su respuesta era sólo el eco sordo de mi voz.

A veces llega un momento en que te haces viejo de repente,
sin arrugas en la frente pero con ganas de morir,
paseando por las calles, todo tiene igual color.
Siento que algo echo en falta, no se si será el AMOR.

Canción 6ª: “UN SEGUNDO EN EL CAMINO”

(O.T. 2)

Puede ser, que quede un solo instante o una eternidad,
no sabes lo que tienes por andar, el tiempo lo dirá.
Puede ser que todo lo que sueñes se haga realidad,

que un segundo en el camino pueda más,
que una vida entera en la oscuridad.

Ven déjate llevar por el corazón, no te rindas nunca y ya verás, lejos llegarás.

Si te falta fuerza en el camino sabes bien que contarás conmigo

Dime lo que quieres, dime lo que piensas, dime lo que sientes cuando lo sientas.

Dime lo que sientas y no te arrepientas.

Dime que tu puedes, dime que tu sueñas, no te desesperes cuando te pierdas.

Dime que lo intentas y no te arrepentirás.

Cada vez que pierdas la partida juega una vez más.

Recuerda que la herida sanará, atrévete y verás.

Cada vez que sientas que la vida te ha dejado atrás

no olvides que aún hay tiempo para despertar,

nuevos sentimientos grandes como el mar.

Ven déjate llevar por el corazón, no te rindas nunca y ya verás, lejos llegarás.

Si te falta fuerza en el camino sabes bien que contarás conmigo.

Dime lo que quieres, dime lo que piensas, dime lo que sientes cuando lo sientas.

Dime lo que sientas y no te arrepientas.

Dime que tu puedes, dime que tu sueñas, no te desesperes cuando te pierdas.

Dime que lo intentas y no te arrepentirás.

Cada golpe del destino, cada amigo que se va,

deja huellas que ni el tiempo borrará.

Cada paso en el camino nos acerca un poco más

a ese sueño que algún día llegará.

Ven déjate llevar por el corazón, no te rindas nunca y ya verás lejos llegarás.

Si te falta fuerza en el camino sabes bien que contarás conmigo

Dime lo que quieres, dime lo que piensas, dime lo que sientes cuando lo sientas.

Dime lo que sientas y no te arrepientas.

Dime que tu puedes, dime que tu sueñas, no te desesperes cuando te pierdas.

Dime que lo intentas y no te arrepientas.

Canción 7ª: “SONRÍE”

(Rosana Arbelo)

Tu sonrío y verás como todo lo que hay en tus ojos parece que brilla.

Que la vida es legal y al final lo que da si lo coges son más de tres días.

A poquito, que sonrías se contagia la mía.

Y los ratos oscuros se harán de colores,
mientras sobre alegría, y no falten canciones.

Sonríe, sonríe, sonríe,
si, sonríe, sonríe, sonríe.

Tu verás si prefieres llorar de tristeza o llorar de alegría.
Se me antoja pensar que llorar de tristeza no es malo, si encuentras salida.

Y a poquito que sonrías llegará la alegría.
Sí, de los malos momentos germinan los buenos.
Sonreír no se compra, no vale dinero.

Sonríe, sonríe, sonríe,
si, sonríe, sonríe, sonríe.

Tu sonríe y verás que terminas feliz como acaban felices los cuentos.

A poquito que sonrías se descorchan los días.

Sonreír es tan fresco como un aguacero,
un diluvio de risas cayendo del cielo.

Sonríe, sonríe, sonríe,
si, sonríe, sonríe, sonríe.

Sonríe, sonríe, sonríe,
si, sonríe, sonríe, sonríe.

Tú verás

A elé (afírmalo)

O´O waka bo toa o (siente la dulzura de tu risa)

E itohi ria puri (ya salió el sol)

Miá ehe (eso es)

E weta noa e sitoao (sonríe hermana)

To pito pala hiuli (para que podamos dar el grito de la alegría)

E weta noa e sitoao (sonríe hermana)

To pito pala tioea(para que digamos oea)

Waka Wa bocho te joro(La belleza no lo es todo)

Canción 8ª: “HOY PUEDE SER UN GRAN DÍA”

(Joan Manuel Serrat)

Hoy puede ser un gran día, plantéatelo así,
aprovechar lo que pase de largo depende en parte de ti.

Dale el día libre a la experiencia para comenzar
y recíbelo como si fuera fiesta de guardar.

No consentas que se esfume, asómate y consume la vida a granel.

Hoy puede ser un gran día... duro con él.

Hoy puede ser un gran día, donde todo está por descubrir,

si lo empleas como el último que te toca vivir.

Saca de paseo tus instintos y ventílalos al sol

y no dosifiques los placeres, si puedes derróchalos.

Si la rutina te aplasta, dile que ya basta de mediocridad.

Hoy puede ser un gran día, date una oportunidad.

Hoy puede ser un gran día, imposible de recuperar,

un ejemplar único no lo dejes escapar.

Qué todo cuánto te rodea lo han puesto para ti,

no lo mires desde la ventana y siéntate al festín.

Pelea por lo que quieres y no desesperes si algo no anda bien.

Hoy puede ser un gran día y mañana también.

Canción 9ª: “BONITO”

(Pau Dones)

Bonito, todo me parece bonito.

Bonita mañana, bonito lugar. Bonita la cama, que bien se ve el mar.

Bonito es el día que acaba de empezar. Bonita la vida, respira, respira, respira.

El teléfono suena, mi “pana” se queja. La cosa va mal, la vida le pesa

Que vivir así ya no le interesa, que seguir así no vale la pena.

Se perdió el amor, se acabó la fiesta, ya no anda el motor que empuja la tierra.

La vida es un chiste con triste final, el futuro no existe..., pero yo le digo

BONITO, todo me parece bonito. Bonito todo me parece bonito.

Bonita la paz, bonita la vida, bonito volver a nacer cada día.

Bonita la verdad, cuando no suena a mentira. Bonita la amistad, bonita la risa.

Bonita la gente cuando hay calidad. Bonita la gente que no se arrepiente,
que gana y que pierde, que habla y no miente. Bonita la gente, por eso yo digo

BONITO, todo me parece bonito. Bonito todo me parece bonito.

Que bonito que te va, cuando te va bonito, que bonito que te va.

BONITO, todo me parece bonito. Bonito todo me parece bonito.

...

Bonita la gente que viene y que va. Bonita la gente que no se detiene.

Bonita la gente que no tiene edad, que escucha, que entiende,
que tiene y que da.

...

Bonita la brisa que no tiene prisa. Bonito este día, respira, respira.

Bonita la gente cuando es de verdad, bonita la gente cuando es diferente,

que tiembla que siente, que mira al presente.

Bonita la gente que estuvo y no está.

Bonito, todo me parece bonito.

Qué bonito que te va cuando te va bonito.

Que bonito que se está cuando se está bonito.

Canción 10ª: “LA VIDA SIGUE IGUAL”

(Versión del grupo: La Loca María)

Unos que nacen, otros morirán.

Unos que ríen, otros llorarán.

Agua sin cauce, río sin mar.

Penas y glorias, guerras y paz.

Siempre hay porque vivir porque luchar.
Siempre hay por quien sufrir y a quien amar.
Al final, las obras quedan las gentes se van.

Otros que vienen las continuarán,

LA VIDA SIGUE IGUAL

Pocos amigos que son de verdad.
Cuántos te halagan si triunfando estás
y si fracasas bien comprenderás
los buenos quedan, los demás se van

Siempre hay porque vivir porque luchar.
Siempre hay por quien sufrir y a quien amar.
Al final, las obras quedan las gentes se van.

Otros que vienen las continuarán,

LA VIDA SIGUE IGUAL

Siempre hay porque vivir porque luchar.
Siempre hay por quien sufrir y a quien amar.
Al final, las obras quedan las gentes se van.

Otros que vienen las continuarán,

LA VIDA SIGUE IGUAL

Siempre hay porque vivir porque luchar.
Siempre hay por quien sufrir y a quien amar.
Al final, las obras quedan las gentes se van.
Otros que vienen las continuarán,
LA VIDA SIGUE IGUAL

ANEXO IV: Texto de Presentaciones

Presentación 1ª: “Papá no me pegues...”

Papá: Tus golpes no solo hieren mi cuerpo, golpean mi corazón!

Me hacen duro y rebelde, terco, torpe y agresivo.

Tus golpes me hacen sentir miserable, pequeño e indigno de ti... mi héroe.

Tus golpes me llenan de amargura, bloquean mi capacidad de amar,

acrecientan mis temores, nace y crece en mi el odio.

Papi, tus golpes me alejan de ti, me enseñan a mentir,

cortan mi iniciativa y mi creatividad, mi alegría y espontaneidad.

No me des más golpes.

Soy débil e indefenso ante tu fuerza; tus golpes enlutan mi camino y sobre todo

endurecen mi alma.

La fuerza de tu razón es superior a la fuerza de tus golpes; si no te entiendo hoy.

¡Pronto lo haré! Si eres justo e insistes, explícamelo.

Más poderosos que tus golpes, más efectivos y grandiosos

son tu afecto, tus caricias, tus palabras.

Papi, tu grandeza no esta en el poder de tu fuerza física.

Tú, mi héroe, eres mucho más cuando no necesitas de ella para guiarme.

“TAN SOLO QUIEREME”

Presentación 2ª: “13 líneas para vivir”

(Gabriel García Márquez)

1. Te quiero no por quien eres, sino por quien soy cuando estoy contigo.
2. Ninguna persona merece tus lagrimas, y quien se las merezca no te hará llorar.
3. Solo porque alguien no te ame como tu quieres, no significa que no te ame con todo su ser.
4. Un verdadero amigo es quien te toma de la mano y te toca el corazón.
5. La peor forma de extrañar a alguien es estar sentado a su lado y saber que nunca lo podrás tener.
6. Nunca dejes de sonreír, ni siquiera cuando estés triste porque nunca sabes quien se puede enamorar de tu sonrisa.
7. Puedes ser solamente una persona para el mundo, pero para alguna persona tu eres el mundo.
8. No pases el tiempo con alguien que no este dispuesto a pasarlo contigo.
9. Quizá Dios quiera que conozcas mucha gente equivocada antes de que conozcas a la persona adecuada, para que cuando al fin la conozcas, sepas estar agradecido.
10. No llores porque ya se terminó, sonríe porque sucedió.
11. Siempre habrá gente que te lastime, así que lo que tienes que hacer es seguir confiando y solo ser más cuidadoso en quien confías dos veces.

12. Conviértete en una mejor persona y asegúrate de saber quien eres antes de conocer a alguien más y esperar que esa persona sepa quien eres.
13. No te esfuerces tanto, las mejores cosas suceden cuando menos te las esperas.

Presentación 3ª: “La balsa de la medusa”



En la Historia de la Humanidad encontramos los Ejemplos más Profundos para reflexionar. En 1816 una fragata francesa encalló cerca de Marruecos. No había suficientes botes salvavidas. Los restos del navío formaron la única balsa que mantuvo a 149 personas. La tempestad los arrastró al mar abierto por más de 27 días sin rumbo. La dramática experiencia de los sobrevivientes impresionó a un artista, Gericault, que hizo un estudio sustancial de los detalles para esta pintura (figura superior). Él entrevistó a los sobrevivientes, a los enfermos e incluso vio a los muertos. Horrorizado reprodujo la íntima realidad humana en esa situación.

“La Balsa de la Medusa” de Theodore Gericault. Figuración de un acontecimiento que conmovió a Francia, el naufragio de la nave la Medusa (el 2 de julio de 1816), con repercusiones que tocaron lo más profundo del alma humana.

En ella vemos las diferentes actitudes humanas que se manifiestan en los momentos límites de la vida. Nos queda pensar en que lugar estaríamos nosotros.

- ¿Cuántas veces atravesamos situaciones difíciles y de que forma las enfrentamos?
- ¿Nos dejamos derrotar, tiramos a la deriva todas nuestras fuerzas?
- ¿No dejamos de esforzarnos para llegar al triunfo?
- ¿Dudamos de todo y de todos?
- ¿No creemos que tenga solución?
- ¿Somos los que mantenemos la esperanza por encima de todo?

Si ustedes observan detenidamente puede decirse que no se ve ningún navío que viene a rescatarlos. Pero sin embargo hay un grupo decididamente a luchar hasta sus últimas fuerzas para salvar a toda la tripulación.

La Balsa es el Planeta, los tripulantes forman la Humanidad y las actitudes que cada uno adopta ante la vida.

“Esperanza es decidir triunfar en cada Circunstancia que nos toca Vivir”

Presentación 4ª: “Vivamos”

(Pablo Neruda)

Muere lentamente quien se transforma en esclavo del hábito, repitiendo todos los días los mismos senderos, quien no cambia de marca y no arriesga vestir un color nuevo y no le habla a quien no conoce.

Muere lentamente quien evita una pasión, quien prefiere el negro sobre blanco y los puntos sobre las "íes" a un remolino de emociones, justamente las que rescatan el brillo de los ojos, sonrisas de los bostezos, corazones a los tropiezos y sentimientos.

Muere lentamente quien no voltea la mesa cuando está infeliz en el trabajo, quien no arriesga lo cierto por lo incierto para ir detrás de un sueño, quien no se permite por lo menos una vez en la vida, huir de los consejos sensatos.

Muere lentamente quien no viaja, quien no lee, quien no oye música, quien no halla encanto en si mismo.

Muere lentamente quien destruye su amor propio, quien no se deja ayudar.

Muere lentamente, quien pasa los días quejándose de su mala suerte o de la lluvia incesante.

Muere lentamente, quien abandona un proyecto antes de iniciarlo, no preguntando de un asunto que desconoce o no respondiendo cuando le indagan sobre algo que sabe.

Evitemos la muerte en suaves cuotas, recordando siempre que estar vivo exige un esfuerzo mucho mayor que el simple hecho de respirar.

Solamente la ardiente paciencia hará que conquistemos una espléndida felicidad.

¡Vive hoy!, ¡Arriesga hoy!, ¡Haz hoy! ¡No te dejes morir lentamente!

Presentación 5ª: “Asamblea en la carpintería: Aceptación”

Cuentan que en la carpintería hubo una vez una extraña asamblea. Fue una reunión de herramientas para arreglar sus diferencias. El martillo ejerció la presidencia, pero la asamblea le notificó que tenía que renunciar.

¿La causa?

¡Hacía demasiado ruido! Y, además, se pasaba todo el tiempo golpeando.

El martillo aceptó su culpa, pero pidió que también fuera expulsado el tornillo; dijo que había que darle muchas vueltas para que sirviera de algo.

Ante el ataque, el tornillo aceptó también, pero a su vez pidió la expulsión de la lija. Hizo ver que era muy áspera en su trato y siempre tenía fricciones con los demás.

Y la lija estuvo de acuerdo, a condición de que fuera expulsado el metro que siempre se la pasaba midiendo a los demás según su medida, como si fuera el único perfecto.

En eso entró el carpintero, se puso el delantal e inició su trabajo. Utilizó el martillo, la lija, el metro y el tornillo. Finalmente, la tosca madera inicial se convirtió en un lindo juego de ajedrez.

Cuando la carpintería quedó nuevamente sola, la asamblea reanudó la deliberación. Fue entonces cuando tomó la palabra el serrucho, y dijo:

"Señores, ha quedado demostrado que tenemos defectos, pero el carpintero trabaja con nuestras cualidades. Eso es lo que nos hace valiosos. Así que no pensemos ya en nuestros puntos malos y concentrémonos en la utilidad de nuestros puntos buenos".

La asamblea encontró entonces que el martillo era fuerte, el tornillo unía y daba fuerza, la lija era especial para afinar y limar asperezas y observaron que el metro era preciso y exacto. Se sintieron entonces un equipo capaz de producir y hacer cosas de calidad. Se sintieron orgullosos de sus fortalezas y de trabajar juntos.

Ocurre lo mismo con los seres humanos. Observen y lo comprobarán. Cuando en una empresa el personal busca a menudo defectos en los demás, la situación se vuelve tensa y negativa. En cambio, al tratar con sinceridad de percibir los puntos fuertes de los demás, es cuando florecen los mejores logros humanos.

Es fácil encontrar defectos, cualquier tonto puede hacerlo, pero encontrar cualidades, eso es para los espíritus superiores que son capaces de inspirar todos los éxitos humanos.

Presentación 6ª: “Amistad: Llámame”

Si algún día sientes inmensas ganas de llorar, Llámame.

No te prometo hacerte sonreír, más puedo llorar contigo...

Si un día resuelves huir; no dudes en llamarme.

No te prometo hacer que te quedes, más puedo huir contigo.

Si un día te dan unas locas ganas de no hablar con nadie;

Lláname al momento.

Prometo quedarme quieto.

Más...

Si un día me llamas y no te puedo responder...

Ven corriendo a mi encuentro...

Tal vez yo esté necesitando de tí...

Presentación 7ª: “Lección sabia del Rey León”

Ser amigo es...No avergonzarse de las lágrimas. Ser divertido. Ponerse nostálgico. Cantar para dar ánimos. Ofrecer una sonrisa. Ser como un niño. Dar consejos. Escuchar. Jugar. Sentir su dolor. Confiar totalmente. Preparar una sorpresa. Contar secretos. Abrazar y besar. Animar todo el rato. Asumir que nos equivocamos. Ser compañeros. Prestar atención. Compartir. Defender de los enemigos. Dar un pequeño empujón.

Y no te asustes si una persona se alegra por ti.

Es bueno tener amigos, pero a veces necesitamos estar solos...

¡DISFRUTA DE LA AMISTAD!

Nos hace únicos

Presentación 8ª: “Una de sapitos: Tan real como la vida misma”

Era una vez una competencia ... de sapos.

El objetivo era llegar a lo alto de una gran torre.

Había en el lugar una gran multitud. Mucha gente para vibrar y gritar por ellos.

Comenzó la competición.

Pero como la multitud no creía que pudieran alcanzar la cima de aquella torre, lo que más se escuchaba era “*¡Qué pena! Esos sapos no lo van a conseguir ...no lo van a conseguir...*”

Los sapitos comenzaron a desistir. Pero había uno que persistía y continuaba subiendo en busca de la cima.

La multitud continuaba gritando : “*... Qué pena !!! Ustedes ¿no lo van a conseguir, no lo van a conseguir!...*”

Y los sapitos estaban dándose por vencidos, salvo por aquel sapito que seguía y seguía tranquilo y ahora cada vez más con más fuerza.

Ya llegando el final de la competición todos desistieron, menos ese sapito que curiosamente, en contra de todos, seguía, y pudo llegar a la cima con todo su esfuerzo.

Los otros querían saber qué le había pasado.

Un sapito le fue a preguntar cómo el había conseguido concluir la prueba.

Y descubrieron que...

¡Era sordo!

...No permitas que personas con pésimos hábitos de ser negativos derrumben las mejores y más sabias esperanzas de tu corazón.

Recuerda siempre el poder que tienen las palabras que escuches o veas.

Por lo tanto, preocúpate siempre de ser ¡POSITIVA! (Siempre positiva, nunca negativa)

Resumiendo:

Sé siempre "sordo/a" cuando alguien te dice que no puedes
realizar tus sueños

Presentación 8ª: “El tren de la vida”

Hace algún tiempo atrás, leí un libro que comparaba la vida con un viaje en tren.

Una lectura extremadamente interesante, cuando es bien interpretada.

La vida no es más que un viaje por tren: repleto de embarques y desembarques, salpicado de accidentes, sorpresas agradables en algunos embarques, y profundas tristezas en otros.

Al nacer, nos subimos al tren y nos encontramos con algunas personas las cuales creemos que siempre estarán con nosotros en este viaje: nuestros padres. Lamentablemente la verdad es otra.

Ellos se bajarán en alguna estación dejándonos huérfanos de su cariño, amistad y su compañía irremplazable. No obstante esto no impide a que se suban otras personas que nos serán muy especiales.

Llegan nuestros hermanos, amigos y esos amores maravillosos.

De las personas que toman este tren, habrá también los que lo hagan como un simple paseo. Otros que encontrarán solamente tristeza en el viaje...

Y habrá otros que, circulando por el tren, estarán siempre listos en ayudar a quien lo necesite.

Muchos al bajar, dejan una añoranza permanente... otros pasan tan desapercibidos que ni siquiera nos damos cuenta que desocuparon el asiento.

Es curioso constatar que algunos pasajeros, quienes nos son más queridos, se acomodan en vagones distintos al nuestro.

Por lo tanto, se nos obliga hacer el trayecto separados de ellos.

Desde luego, no se nos impide que durante el viaje, recorramos con dificultad nuestro vagón y lleguemos a ellos...Pero lamentablemente, ya no podremos sentarnos a su lado pues habrá otra persona ocupando el asiento. No importa; el viaje se hace de este modo; lleno de desafíos, sueños, fantasías, esperas y despedidas... pero jamás regresos.

Entonces, hagamos este viaje de la mejor manera posible.

Tratemos de relacionarnos bien con todos los pasajeros, buscando en cada uno, lo que tengan de mejor.

Recordemos siempre que en algún momento del trayecto, ellos podrán titubear y probablemente precisaremos entenderlos...

Ya que nosotros también muchas veces titubharemos, y habrá alguien que nos comprenda.

El gran misterio, al fin, es que no sabremos jamás en qué estación bajaremos, mucho menos dónde bajarán nuestros compañeros, ni siquiera el que está sentado en el asiento de al lado.

Me quedo pensando si cuando baje del tren, sentiré nostalgia... Creo que sí.

Separarme de algunos amigos de los que hice en el viaje será doloroso. Dejar que mis hijos sigan solos, será muy triste. Pero me aferro a la esperanza de que, en algún momento, llegaré a la estación principal y tendré la gran emoción de verlos llegar con un equipaje que no tenían cuando embarcaron.

Lo que me hará feliz, será pensar, que colaboré con que el equipaje creciera y se hiciera valioso.

Amigos...hagamos que nuestra estancia en este tren sea tranquila, que haya valido la pena.

Hagamos tanto, para que cuando llegue el momento de desembarcar, nuestro asiento vacío, deje añoranza y lindos recuerdos a los que en el viaje permanezcan.

Un abrazo a cada uno de ustedes...

;;;Feliz viaje!!!

ANEXO V: Libros de Autoayuda

- Alemany, C. (1996). "Relatos para el crecimiento personal". Bilbao. DDB.
- Avia, M^a D. y Vázquez, C. "Optimismo inteligente". Alianza Editorial
- Benson, H. (1990). "La relajación. La terapia imprescindible para mejorar su salud". Barcelona. Grijalbo.
- Bonet, J. V. (1994). "Ser amigo de ti mismo". Madrid. SalTerrae.
- Berherat, T. (1987). "El cuerpo tiene sus razones". Barcelona. Paidós.
- Bonny, H. y Savary, L. (1973). "La música y su mente" Madrid. Edaf.
- Brander, N. (1988) "Cómo mejorar su autoestima".Barcelona. Paidós.
- Brander, N. (1993). " El poder de la autoestima". BuenosAires. Paidós.
- Burns, D.D. (1990). *Sentirse bien*. Barcelona: Paidós. (Orig. 1980).
- Calle, R. A. (1995). Enseñanzas para una muerte serena".Madrid. Temas de Hoy.
- Coelho, P. (1990). "El Alquimista". Barcelona. Obelisco.
- Criado, E. (1993). "100 impulsos positivos para vivir mejor". (Vol. I-II-III-IV).
Barcelona. Folio.
- De las Heras, J. (1994). "Conócete mejor". Madrid: Espasa Calpe.
- Dyer, W. (1976). "Tus zonas erróneas". Barcelona.Grijalbo.
- Fensterheim y Baer. (1986). "No diga sí, cuando quiera decir no" Barcelona.
Grijalbo.
- Fisher, R. (1994) "El caballero de la armadura oxidada". Barcelona. Obelisco.
- Forner, R. (1998) "La Reina de las hadas". Madrid. Mandala.
- Gawains, S. (1990). "Visualización creativa". Mexico: Selector.

- Gibran, K. G. (1985). "El jardín del profeta. Arena y espuma". Madrid: Edaf.
- Goleman, D. (1996). La inteligencia emocional. Barcelona. Kairos.
- Goleman, D. (1997). La salud emocional. Barcelona, Kairós.
- Hay, L. (1984) "Usted puede sanar su vida". Barcelona. Urano.
- Hay, L. (1989). "Pensamientos del Corazón". Barcelona. Urano.
- Labrador, F. J. (1992) "El estrés. Nuevas Técnicas para su autocontrol". Madrid.
Eudema.
- Loreto Barrera. (2000) "Claves del optimismo". Libro Hobby-Club.
- Mattheus, A. (1988). "Por favor sea feliz". México. Selector.
- Mc. Kay, M. y Fanning, P. (1987). "Autoestima: Evaluación y mejora".
Barcelona: Martínez Roca.
- Naylor, A. (1993). "La felicidad en las relaciones personales". Madrid. Edaf
- Spencer Johnson, M. D. (2000): "¿Quién se ha llevado mi queso?". Ediciones
Urano.
- Smith, M. (1991). "Sí, puedo decir NO". Barcelona. Grijalbo.
- Tierno, B. (1996). "Aprendo a vivir". Madrid. Temas de Hoy.
- Tierno, B. (1997). "El psicólogo en casa". Madrid. Temas de Hoy.
- Wilson, P. (1996) "Métodos infalibles de relajación". Barcelona: Plaza y Janés.

ANEXO VI: Curso de Habilidades de Relación y Autoayuda

JUSTIFICACIÓN DEL CURSO

Las dificultades existentes en el desarrollo profesional, por parte del personal sanitario, son debidas en su mayor parte, a factores tales como:

- Necesidades y dificultades personales.
- Inadecuada coordinación de equipo.
- Falta de formación en Habilidades de Relación.
- Problemáticas específicas (intervención en crisis, duelo, enfermos terminales, etc).
- Estrés laboral.
- Pacientes difíciles.
- Ambiente de trabajo, desmotivación, estrés, etc.

El supuesto académico no ha contemplado de una forma explícita, ni formativa, el entrenamiento específico en el cómo desarrollar el ejercicio profesional en lo concerniente a los factores personales y relacionales.

La problemática de ciertos cuidados de enfermería y de ciertas situaciones críticas con todas sus complejidades, hacen dificultosa muchas veces la labor

profesional e influyen como factores importantes en sobrecargas añadidas a las funciones profesionales y que provocan finalmente estados de tensión y malestar en los profesionales que más en contacto están con estos pacientes.

La creciente concienciación de los profesionales de la salud, sobre la existencia de las dificultades anteriormente enunciadas, ha derivado en un interés, deseo y demanda de actividades formativas, que les provean de recursos, técnicas y habilidades útiles en el afrontamiento y abordaje de dichas dificultades.

Por otra parte recordar, la bien razonada e insistente recomendación de la OMS acerca del entrenamiento en habilidades de relación, asesoramiento y apoyo adecuado, como elementos necesarios para todo el personal sanitario en el desempeño de su labor profesional.

Para ello creemos necesario proveer al personal sanitario de las habilidades personales/sociales que incrementen su nivel de competencia, con repercusión en unas relaciones interpersonales, profesionales e intrapersonales (consigo mismo/a) eficaces, que contribuirán, con seguridad a elevar el nivel de autoestima.

Estamos convencidos de que un nivel de satisfacción personal alto, junto con las técnicas y habilidades oportunas ayudarán a un mejor desempeño social/laboral, mejorando nuestra relación con las personas que acuden con la confianza de encontrar apoyo.

Finalmente, pretendemos contribuir a mejorar el nivel de control de situaciones estresantes, tanto en el ámbito laboral como en el personal/social, facilitando con ello, una vez más, un mayor nivel de competencia de los profesionales, que de este modo, se encontrarán más **seguros**, **motivados** y **satisfechos**.

OBJETIVOS

- ❑ Proveer de **estrategias** necesarias para controlar y manejar el estrés.
- ❑ Desarrollar las **actitudes** involucradas en el progreso personal y profesional.
- ❑ Entrenar las **habilidades** necesarias para un correcto desempeño inter-personal y social.
- ❑ Aproximar a los participantes a los **conocimientos** base de las habilidades sociales.

CONTENIDO

- ❑ Entrenamiento en Relajación y Control del Estrés.
- ❑ Entrenamiento en Habilidades de Comunicación.
- ❑ Entrenamiento en Autocontrol, Asertividad, Autoestima, control del diálogo interno y Reestructuración Cognitiva.

- Entrenamiento en Regulación de Conflictos, Solución de Problemas, Responsabilidad y Toma de Decisiones.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales.

METODOLOGÍA

Dadas las características del programa, que como ya se ha señalado pretende ser un curso de “crecimiento personal” con repercusiones obvias en el plano profesional, el mismo no puede ser más que un encuentro interactivo, en el que el docente del curso provoque situaciones de intercambio, análisis personal y, sobre todo, genere oportunidades para desarrollar experiencias vitales.

En consecuencia este curso, aunque con su base cognitiva y metodología expositiva, se asentará preferentemente en dinámicas grupales, en los llamados “juegos psicológicos”, en la elaboración de planes personales de progreso y el entrenamiento de habilidades personales/sociales que faciliten un mayor nivel de competencia y eficacia en nuestras posteriores relaciones con el exterior y evidentemente con nuestro interior.

Como metodología docente se utilizarán, entre otras, las siguientes técnicas:

- Dinámicas de grupo.

- ❑ Role-Playing.
- ❑ Técnicas de introspección personal (autoinformes, cuestionarios).
- ❑ Phillis 5 x 5.
- ❑ Role-Taking.
- ❑ Visualizaciones.
- ❑ Fabulaciones.
- ❑ Brainstorming.
- ❑ Técnicas de relajación.
- ❑ Counselling.

PARTICIPANTES

Este curso va dirigido especialmente a personal sanitario que desarrolle su carrera profesional en el ámbito sanitario dependiente de la Dirección de Enfermería del Hospital “Virgen del Puerto” de Plasencia.

Número de participantes: 10 a 15 personas por grupo. Se establecerán tantos grupos como participantes deseen realizar el Curso. Los grupos serán heterogéneos en cuanto a su confección, y serán repartidos los participantes previa **entrevista** con el profesor/docente.

CRONOGRAMA / TEMPORALIZACIÓN DEL CURSO

- 3,00 Horas de talleres teórico/prácticos
 - Parte teórica 25% del total.
 - Parte práctica 75% del total.

- Sesiones:
 - Quincenales o semanales hasta completar el total del Curso (aproximadamente 6 a 9 meses), no realizándose en períodos vacacionales.
 - Para un total de 20 sesiones.

- Sesiones de Relajación semanales de 30 minutos de duración con grupos amplios (previa adhesión al programa con la inscripción al Curso y tras las tres primeras Sesiones grupales en las que se tratará de manera preferente el “Control de Estrés”).

RECURSOS

- Aula cómoda y con asientos móviles.
- Proyector de diapositivas (a ser posible mediante cañón de proyección por ordenador).
- Retroproyector de transparencias.

- Cámara de grabación de video (aportada por el docente).
- T.V. y video VHS.
- Pizarra o papelógrafo.
- Radio-Casete-CD.
- Material especial para juegos y dinámicas (aportados por el docente).
- Dossier de apoyo para los participantes.

PROFESOR

José Manuel Párraga Sánchez.

- Licenciado en Psicología. Especialista en Psicología Clínica.
- D.U.E. Supervisor de Urgencias del Hospital Virgen del Puerto de Plasencia (Cáceres).
- Profesor asociado del Departamento de Enfermería de la Universidad de Extremadura.

INCENTIVOS

- Inscripción gratuita.
- La realización del curso con la asistencia a las Sesiones computará como Horas Festivas, siempre que el participante no se encuentre trabajando en ese turno.

ANEXO VII: Declaración de interés sanitario

Guillermo Fernández Vara
Consejero de
Sanidad y Consumo

JUNTA DE EXTREMADURA

SR/A D/Dª

Luis López Naranjo
Coordinador de Docencia
Hospital Virgen del Puerto
Área de Salud de Plasencia
Paraje Valcorchero, s/n
10600 PLASENCIA

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería Sanidad y Consumo
Mérida

Salida N.º 200300100022605
22/10/2003 09:38:47

A la vista de la documentación presentada y en virtud de la *Orden de 19 de junio de 1984* (BOE de 2 de julio), tengo a bien reconocer como de INTERES SANITARIO la siguiente actividad:

HABILIDADES DE RELACIÓN Y DE AUTOAYUDA

a celebrar en el lugar y fechas indicadas a continuación:

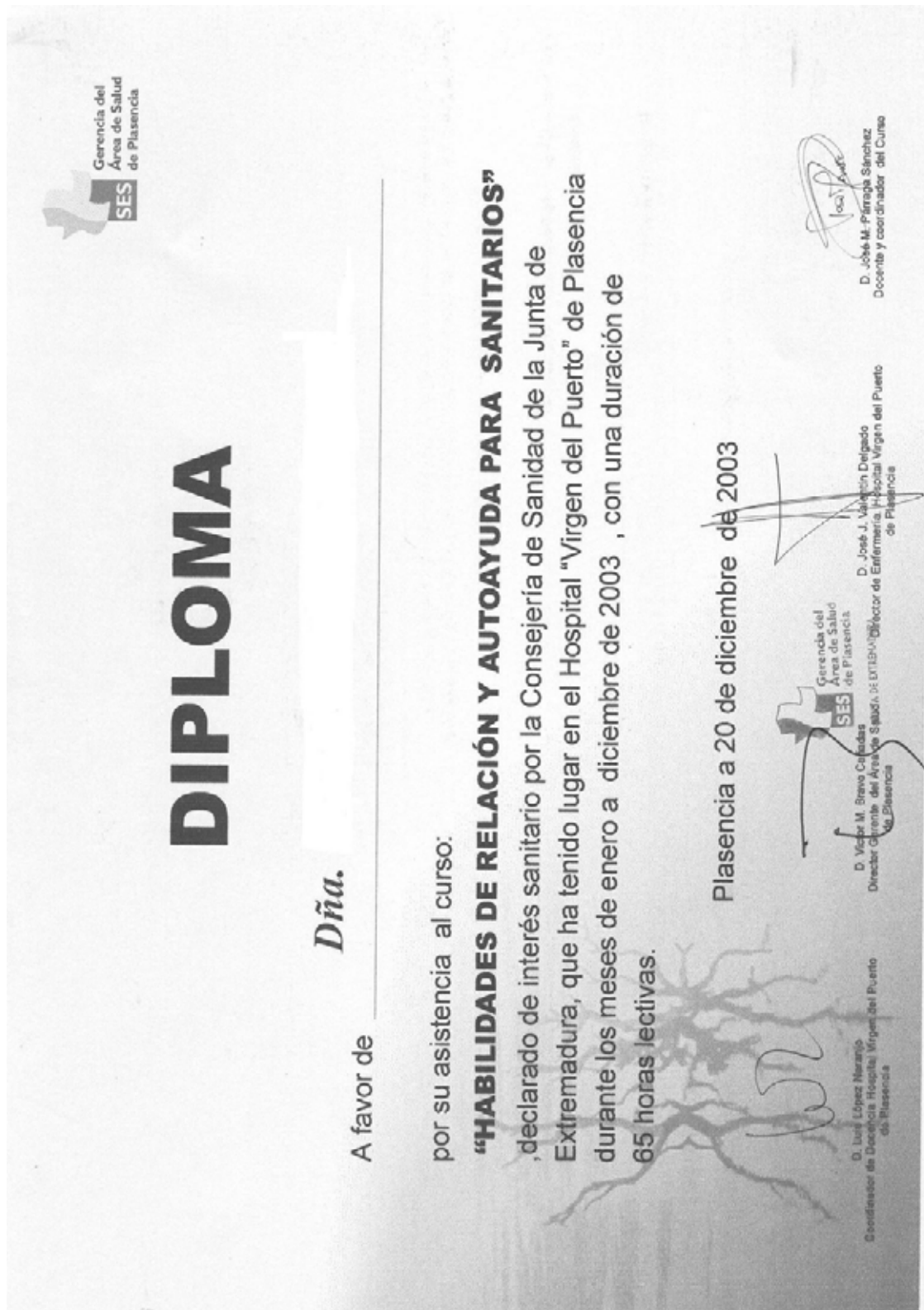
Plasencia

De Enero a Diciembre de 2003

Mérida, 14 de octubre de 2003



ANEXO VIII: Diploma acreditativo



ANEXO IX: Informe Psicológico Individualizado

Nombre y apellidos _____

Fecha _____

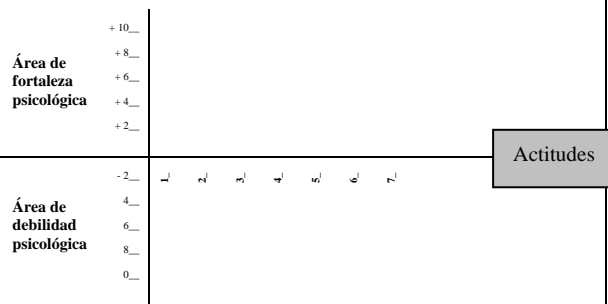
EVALUACIÓN: INFORME

Cuestionario / Escala	Resultado				Índice medio	Observaciones																																								
Maslach Burnout Inventory (MBI)	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal	TOTAL																																										
	1°																																													
	2°																																													
	3°																																													
Escala de Estresores Laborales para Enfermería (NSS)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>FACTORES</th> <th>Item</th> <th>TOTAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I Relaciones profesionales</td> <td>5, 20, 24, 22, 9</td> <td></td> </tr> <tr> <td>II Conflictos de competencias</td> <td>26, 19, 14, 31</td> <td></td> </tr> <tr> <td>III Miedo y sufrimiento</td> <td>8, 4, 21, 13, 6, 12</td> <td></td> </tr> <tr> <td>IV Presión Laboral</td> <td>1, 30, 1, 27, 34</td> <td></td> </tr> <tr> <td>V Habilidades Profesionales</td> <td>32, 10, 18, 15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VI Comunicación interpersonal</td> <td>7, 11, 16, 17</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				FACTORES	Item	TOTAL	I Relaciones profesionales	5, 20, 24, 22, 9		II Conflictos de competencias	26, 19, 14, 31		III Miedo y sufrimiento	8, 4, 21, 13, 6, 12		IV Presión Laboral	1, 30, 1, 27, 34		V Habilidades Profesionales	32, 10, 18, 15		VI Comunicación interpersonal	7, 11, 16, 17		TOTAL																				
FACTORES	Item	TOTAL																																												
I Relaciones profesionales	5, 20, 24, 22, 9																																													
II Conflictos de competencias	26, 19, 14, 31																																													
III Miedo y sufrimiento	8, 4, 21, 13, 6, 12																																													
IV Presión Laboral	1, 30, 1, 27, 34																																													
V Habilidades Profesionales	32, 10, 18, 15																																													
VI Comunicación interpersonal	7, 11, 16, 17																																													
TOTAL																																														
Indice de Reactividad al Estrés (IRE)																																														
Autoevaluación: Síntomas de estrés																																														
<u>Encuesta para diagnosticar el estrés laboral (Ivancevich y Mattesson) (EDE)</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>FACTORES</th> <th>Item</th> <th>TOTAL 1</th> <th>TOTAL 2</th> <th>TOTAL 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ambigüedad de rol</td> <td>1,7,13,19,25</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Roles conflictivos</td> <td>2,8,14,20,26</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sobrecarga del rol (cualitativa)</td> <td>3,9,15,21,27</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sobrecarga del rol (cuantitativa)</td> <td>4,10,16,22,28</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Desarrollo de la carrera</td> <td>5,11,17,23,29</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Responsabilidad por personas</td> <td>6,12,18,24,30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Total</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				FACTORES	Item	TOTAL 1	TOTAL 2	TOTAL 3	Ambigüedad de rol	1,7,13,19,25				Roles conflictivos	2,8,14,20,26				Sobrecarga del rol (cualitativa)	3,9,15,21,27				Sobrecarga del rol (cuantitativa)	4,10,16,22,28				Desarrollo de la carrera	5,11,17,23,29				Responsabilidad por personas	6,12,18,24,30				Total						
FACTORES	Item	TOTAL 1	TOTAL 2	TOTAL 3																																										
Ambigüedad de rol	1,7,13,19,25																																													
Roles conflictivos	2,8,14,20,26																																													
Sobrecarga del rol (cualitativa)	3,9,15,21,27																																													
Sobrecarga del rol (cuantitativa)	4,10,16,22,28																																													
Desarrollo de la carrera	5,11,17,23,29																																													
Responsabilidad por personas	6,12,18,24,30																																													
Total																																														
Escala Magallanes de Estrés (EMEST)	1°	2°	3°																																											
Cuestionario de Autocontrol																																														
Inventario para evaluar la Depresión de BECK (BDI)	1°	2°	3°																																											

Escala Actitudes Disfuncionales (DAS)

ACTITUDES	Items	Puntuación ítem	Puntuación total		
			1°	2°	3°
1. Aprobación	1-5				
2. Amor	6-10				
3. Ejecución	11-15				
4. Perfeccionismo	16-20				
5. Derecho sobre otros	21-25				
6. Omnipotencia	26-30				
7. Autonomía	31-35				
TOTAL					

• x *



S.T.A.I.- ESTADO			S.T.A.I.- RASGO			ANSIEDAD:	I.A.S. (ADJETIVOS INTERPERSONALES)		
1°	2°	3°	1°	2°	3°		DOM	LOV	LNV

Informe elaborado por J. M. Párraga Sánchez (Psicólogo Clínico)

Fdo: Plasencia de de 2004

ANEXO X: Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

**D/D^a. _____, con DNI n^o _____
acepta que los datos obtenidos de sus cuestionarios, test
y escalas psicológicas, realizados voluntariamente,
puedan ser analizados y tabulados estadísticamente de
forma totalmente anónima y confidencial por parte de
D. José Manuel Párraga Sánchez, para estudios
experimentales, proyectos científicos y/o tesis doctoral.**

**Estos datos quedarán única y exclusivamente a
disposición del propio interesado.**

Se firma en Plasencia a _____ de _____ de 2004

Fdo: _____

