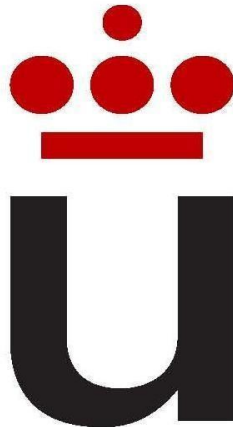


**UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y
Medicina Física



**Estudio comparativo entre Atención Primaria y
Atención Hospitalaria del Nivel de Burnout según la
variable de personalidad, ansiedad y depresión, del
personal sanitario (Médicos y Enfermeras)**

TESIS DOCTORAL

Virginia García López

DIRECTORES DE TESIS

Dra. Margarita Cigarán Méndez

Dr. Domingo Palacios Ceña

Dr. Juan José Fernández Muñoz

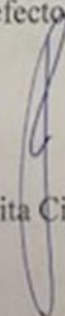
Madrid, 2017

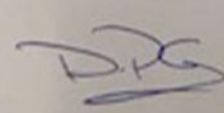
**DÑA MARGARITA CIGARÁN MÉNDEZ, D. DOMINGO
PALACIOS CEÑA Y D. JUAN JOSÉ FERNÁNDEZ MUÑOZ,
PROFESORES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS**

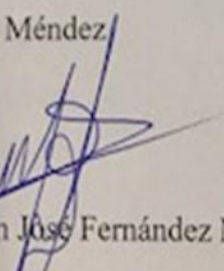
CERTIFICA:

Que el proyecto de tesis doctoral titulado "Estudio comparativo entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria del Nivel de Burnout según la variable de personalidad, ansiedad y depresión, del personal sanitario (Médicos y Enfermeras)", ha sido realizado bajo nuestra dirección por Dña. Virginia García López y reúne todos los requisitos científicos y formales para ser presentado y defendido ante el tribunal correspondiente.

Y para que así conste a todos los efectos, se firma el presente certificado en Madrid a veinte de abril de 2017

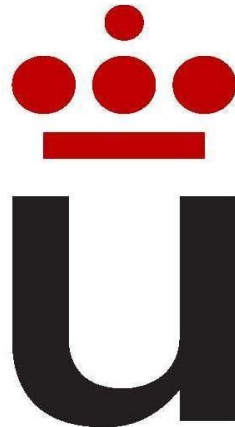

Dra. Margarita Cigarán Méndez


Dr. Domingo Palacios Ceña


Dr. Juan José Fernández Muñoz

**UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y
Medicina Física



**Estudio comparativo entre Atención Primaria y
Atención Hospitalaria del Nivel de Burnout según la
variable de personalidad, ansiedad y depresión, del
personal sanitario (Médicos y Enfermeras)**

TESIS DOCTORAL

Virginia García López

DIRECTORES DE TESIS

Dra. Margarita Cigarán Méndez

Dr. Domingo Palacios Ceña

Dr. Juan José Fernández Muñoz

Madrid, 2017

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer este trabajo a todos y cada uno de los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras que han participado mediante su colaboración al realizar los cuestionarios de la presente Tesis Doctoral. Sin vosotras, no habría sido posible la realización del estudio.

Quiero agradecer a la Universidad Rey Juan Carlos de Alcorcón de la Comunidad de Madrid, en ella se inició este proyecto.

Quiero agradecer a los compañeros del Departamento de Psicología, Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física, por el apoyo incondicional prestado y por los ánimos que me habéis dado durante todo este tiempo.

Quiero agradecer a mi Directora de Tesis Margarita, durante todos estos años ha estado junto a mí en la elaboración de mi Tesis Doctoral no como una mera Directora sino como una amiga, mostrando la motivación, apoyo y consejos que han hecho sin duda posible la finalización de la presente Tesis. Desde el primer día confiaste en mí y eso sin duda ha sido la mejor arma para llevar a cabo todo el proceso de elaboración de mi Tesis.

Quiero agradecer a mi Director de Tesis Juanjo, por la gran labor que realizo mediante la parte estadística y su trabajo continuo en la recta final, sin duda fue una parte imprescindible para la elaboración de mi estudio.

Quiero agradecer a mi Director Domingo, que gracias a su gran experiencia en la elaboración de este tipo de estudios, tuvo una labor fundamental en la parte más técnica de mi Tesis.

Quiero agradecer a mi gran amiga Yulia, a mi compañero David, por su colaboración mediante la entrega y recogida de los cuestionarios.

Finalmente, mi agradecimiento más especial va dirigido a mi familia. A mis padres, por su cariño y por haberme enseñado a seguir en el camino y persistir para lograr mis sueños. A mis hermanas Ana y Sandra, por su paciencia y apoyo en los momentos más críticos.

Gracias a todos por la ayuda y el apoyo que me habéis dado para poder llegar al final del camino.

DEDICO ESTA TESIS A:

A mis padres, Juan Manuel y María Rosa. Habéis sabido educarme desde la idea de no ser conformista y a luchar por unos objetivos para alcanzar metas. Esa imparable lucha diaria, que gracias a vuestro apoyo incondicional durante todos estos años están dando fruto. Papá, sin duda tu fortaleza y sabiduría ha sido de gran ayuda para enfrentarme a las piedras de mi camino, gracias por enseñarme a saltarlas y por confiar en mí y darme una oportunidad cuando pase por momentos, llamémoslos difíciles. Mamá, sin duda esta tesis jamás podría haberla terminado de no ser por ocuparte del cuidado de mi bebe, que llego en la recta final de mi estudio y por confiar en mi cuando nadie más lo hizo. Os quiero.

A mis hermanas Ana y Sandra, cada una me habéis aportado una serie de valores y me habéis ayudado en todas y cada una de las fases por las que he pasado en mi vida. Ana, has sido como una madre para mi desde que he sido muy pequeña, mi gran apoyo, mi gran amiga, tus consejos han sido los más valiosos sin duda por tu gran bondad. Sandra, tú me has aportado esa locura que en muchos momentos hacen falta para valorar la vida de otra manera y has sabido estar ahí siempre. Os quiero.

A mi bebe Alex, que decir de la mejor experiencia de ser madre, lo mejor que me ha pasado en la vida. Gracias a tu llegada en la recta final me diste fuerzas para terminar este proyecto. Cuando miro esa carita tan inocente y expresiva me haces sentir la persona más feliz y orgullosa del mundo. Siempre se habla de la importancia que tiene la llegada de los hijos, pero no eres consciente de ello hasta que tienes en tus brazos al tuyo propio. Eres mi alegría y mi razón de vivir. El mejor regalo que me ha dado la vida, te amo.

A German, mi compañero de vida. Empezamos juntos hace poco más de cuatro años y desde entonces hemos sabido ir haciendo frente a todas y cada una de las necesidades que nos han ido surgiendo. Nuestra primera meta fue crear un hogar, que nos costó sudor y lágrimas... aún recuerdo aquella casa casi en ruinas que compramos con toda la ilusión y que poco a poco fuimos formando gracias al esfuerzo tan grande que hicimos, día a día. Nuestra segunda meta fue crear una familia que llego de una manera inesperada pero con mucha ilusión, un gran cambio en nuestras vidas pero sin duda lo mejor que nos ha pasado en la vida. Hemos pasado momentos difíciles juntos pero hemos sabido ir comprendiéndonos, nos queda mucho camino por seguir y espero que lo podamos terminar juntos. Te quiero.

A mi familia, los que me conocen saben lo importante que es para mí poder conseguir esta meta en la vida.

A Elena, mi profesora, compañera. Te doy las gracias por haber participado en el momento más importante que es para cualquier profesional, su formación. Me enseñaste a realizar una práctica asistencial basada en la calma, el razonamiento y la empatía. Parece que fue ayer cuando inicié las prácticas de enfermería en tu centro, con aquella libreta donde tenía que ir apuntando todo. Lo que más valoro de ti es tu fortaleza, como te dije hace pocos días nunca conocí a nadie con esa fuerza y con esas ganas de luchar. Si hoy en día soy como sois en la elaboración de la asistencia sanitaria es gracias a ti.

A mis amigas, que gracias a esos momentos que compartimos juntas las cosas de afrontan de una manera muy diferente. Gracias por saberme escuchar y gracias por vuestro apoyo diario.

A mi Directora Marga. Desde que nos conocimos haciendo el Máster y fuiste mi tutora de mi TFM comprendí que no te podía dejar escapar de mi vida. Espero y deseo que esta relación que nos ha unido a nivel académico se extienda a nivel personal. Me has aportado muchas cosas, amabilidad, ternura, confianza. Eres un ejemplo a seguir. Gracias por tu confianza y tu ayuda porque sin ella jamás hubiera podido desarrollar esta Tesis.

RESUMEN

Introducción: Cada vez más se le da más importancia al desgaste emocional que produce el ejercicio de la profesión sanitaria, por este motivo surge este trabajo en el que se estudió el nivel de Burnout según la variable de personalidad, ansiedad y depresión y algunos de los factores epidemiológicos asociados al estrés laboral, realizando una comparación en el personal sanitario (médicos y enfermeiras) de atención primaria y atención hospitalaria.

Objetivo: El objetivo de esta investigación fue analizar los niveles de Burnout en médicos y enfermeros de los servicios de atención especializada de dos hospitales y atención primaria de dos áreas de salud, compuesta por un total de ocho centros de salud y relacionar dichos niveles de Burnout con los niveles de ansiedad, depresión y rasgos de personalidad.

Material y método: El estudio descriptivo transversal dentro de un modelo descriptivo y correlacional. La muestra estaba compuesta por un total de 195 sujetos. Para la recogida de datos se aplicaron los siguientes cuestionarios: cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, Maslach Burnout Inventory (MBI), Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), Test de Personalidad de Eysenck (EPI) e Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO –PI- R).

Resultados: Participaron un total de 195 sujetos, de los cuales, 99 pertenecían al medio extrahospitalario (Atención Primaria) y 96 sujetos pertenecían al medio intrahospitalario (Atención Hospitalaria), de los cuales 80 sujetos eran licenciados de medicina y 115 diplomados de enfermería. Se obtuvieron diferencias significativas para las siguientes variables sociodemográficas con su relación con Burnout en: antigüedad, años de trabajo y lugar de trabajo, y para las variables psicológicas, relacionándolas con el lugar de trabajo, atención primaria o atención hospitalaria, las variables que mostraron diferencias significativas fueron: depresión, ansiedad, neuroticismo, responsabilidad, afecto positivo y afecto negativo.

Sin embargo para las variables: edad, género, estado civil, años de convivencia, paternidad, número de hijos, si su pareja trabaja, categoría profesional y tunicidad, no parecen tener una

relación positiva a la hora de desarrollar Síndrome de Burnout en nuestra muestra de profesionales sanitarios.

Conclusiones: Según los datos que se obtuvieron en el presente estudio nos desvelaron que según la antigüedad que presenta el personal sanitario en un nivel asistencial determinado parece afectar a la predisposición de Burnout en las dimensiones despersonalización y falta de realización personal; para la variable años de ejercicio profesional, la muestra, poseía una relación positiva con la baja realización personal para sufrir Burnout; en cuanto al lugar de trabajo son los profesionales sanitarios de atención primaria quienes tenían un nivel mayor de despersonalización y los de atención especializada un nivel mayor de baja realización personal; para la relación del lugar de trabajo (atención primaria o atención hospitalaria), con las variables de personalidad, los datos nos desvelaron que son los profesionales sanitarios del primer nivel asistencial (atención primaria), los que tienen un perfil de personalidad ansiosa, neurótica y sentimientos negativos, y los profesionales del segundo nivel asistencial (atención especializada), los que se describen con una personalidad más depresiva, emociones o sentimientos positivos y responsabilidad, si los comparamos con el otro colectivo; en último lugar para la relación del Síndrome de Burnout con sus tres dimensiones y las variables de personalidad, los datos nos mostraron que en nuestra muestra de personal sanitario es la personalidad con bajo afecto positivo, con tendencia a la depresión y rasgos neuróticos, la que posee una relación positiva con el Síndrome de Burnout.

Palabras clave: enfermería o enfermeras, médicos, atención primaria, atención hospitalaria.

RESUMEN/ ABSTRACT	11
ÍNDICE GENERAL	13
ÍNDICE DE TABLAS	18
ÍNDICE DE FIGURAS	20
CAPÍTULO I: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	21
1. INTRODUCCIÓN	23
2. BURNOUT.....	24
2.1. Antecedentes históricos y delimitación conceptual al término Burnout.....	24
2.2. Aspectos o dimensiones del Burnout.....	26
2.3. Aspectos epidemiológicos.....	27
2.4. Evolución de la definición del término Burnout.....	29
3. SISTEMA NACIONAL DE SALUD	36
3.1 Protección de Salud en España	36
3.2 Competencias de las Comunidades Autónomas	37
3.3 Organización	37
4. ANSIEDAD.....	41
4.1 Concepto de ansiedad.....	41
4.2 Evolución histórica del concepto.....	43
4.3 Clasificación.....	48
5. DEPRESIÓN.....	51
5.1 Concepto de la depresión.....	51
5.2 Evolución histórica del concepto.....	53
5.3 Clasificación.....	56
5.4 Diferencias entre ansiedad y depresión	57
6. COMPARACIÓN DEL BURNOUT CON OTROS ESTADOS.....	59
6.1 Burnout y ansiedad.....	60
6.2 Burnout y depresión	63
6.3 Burnout y afecto negativo.....	65

7. AFECTO.....	67
7.1 Modelo del Afecto.....	69
7.2 Afecto Positivo.....	69
7.3 Afecto Negativo	70
8. PERSONALIDAD	71
8.1. Perspectiva histórica de la personalidad.....	71
8.2. Definición de personalidad.....	72
8.3. Teorías de la personalidad	75
8.3.1 Teoría de los Rasgos.....	76
8.3.2 Teoria de Eysenck	78
8.3.3 Teoria de los Cinco Grandes	80
9. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	81
CAPÍTULO II: OBJETIVOS E HIPÓTESIS	83
1. OBJETIVOS	85
1.1 Pregunta de Investigación.....	85
1.2 Objetivo General.....	85
1.3 Objetivos Específicos	85
2. HIPÓTESIS.....	86
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	89
1. DISEÑO.....	91
2. ÁMBITO DE ESTUDIO.....	91
3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	92
3.1 Captación y reclutamiento.....	93
3.2 Criterios de Inclusión.....	93
3.3 Criterios de Exclusión	94
3.4 Consideraciones Éticas.....	94
3.5 Confidencialidad.....	94

4. PROCEDIMIENTO.....	95
5. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS/VARIABLES	96
5.1 Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales	96
5.2 Maslach Burnout Inventory (MBI)	97
5.1.1 Historia del desarrollo del instrumento de medida Maslach Burnout Inventory)	97
5.1.2 Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).	102
5.3 Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)	104
5.4 Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS).....	105
5.5 Test de Personalidad de Eysenck	106
5.6 Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R)	108
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	111
1. ANÁLISIS DE LOS ESTADÍSTICOS.....	113
2. RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO	115
A. Análisis descriptivo de las escalas aplicadas en esta investigación.....	115
B. Análisis de correlaciones entre las dimensiones de Burnout y su relación con antigüedad y años de trabajo.....	116
C. Relaciones entre dimensiones del Burnout, lugar de trabajo, categoría profesional y género (ANOVA).....	117
I. Análisis de la varianza de un factor para las dimensiones del Burnout y factor lugar de trabajo.....	117
II. Análisis de la varianza de un factor para las dimensiones del Burnout y categoría profesional	118
III. Análisis de la varianza de un factor para las dimensiones Burnout y género ..	119
D. Relaciones entre las variables psicológicas (depresión, ansiedad, neuroticismo, responsabilidad, afecto positivo y afecto negativo) con lugar de trabajo.	120
E. Análisis de regresión lineal múltiple tomando como variable criterio el Burnout total y el resto de variables de personalidad como variables independientes.	122
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	125
1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	127

1.1 Nivel de Burnout y su relación con las variables sociodemográficas	127
1.1.1 Hipótesis I.....	128
1.1.2 Hipótesis II	129
1.1.3 Hipótesis III.....	130
1.1.4 Hipótesis IV.....	131
1.1.5 Hipótesis V	131
1.2 Lugar de trabajo (atención primaria y atención especializada) y su relación con las variables psicológicas	132
1.2.1 Lugar de trabajo (atención primaria y atención especializada) y su relación con la depresión	133
1.2.2 Lugar de trabajo (atención primaria y atención especializada) y su relación con la ansiedad	134
1.2.3 Lugar de trabajo (atención primaria y atención especializada) y su relación con el afecto positivo y afecto negativo	135
1.2.4 Lugar de trabajo (atención primaria y atención especializada) y su relación con neuroticismo	136
1.2.5 Lugar de trabajo (atención primaria y atención especializada) y su relación con la responsabilidad.....	136
1.3 Burnout total y su relación con las variables de personalidad.....	137
1.4 Limitaciones del estudio	138
2. CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO	139
CAPÍTULO VI: LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	141
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	147
CAPÍTULO VIII: ANEXOS	173
ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	175
ANEXO II: INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ DE ÉTICA.....	177
ANEXO III: CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORABLES.....	178
ANEXO IV: CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI).....	179
ANEXO V: ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (HADS).....	180

ANEXO VI: ESCALA DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO (PANAS)	185
ANEXO VII: TEST DE PERSONALIDAD DE EYSENCK.....	186
ANEXO VIII: INVENTARIO DE PERSONALIDAD NEO REVISADO (NEO-PI-R).	189

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Diferencias en el ámbito de Atención Primaria vs. Atención Especializada	39
TABLA 2: Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR y la CIE-10: equivalencias.....	49
TABLA 3: Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR-AP	50
TABLA 4: Clasificación de la ansiedad según DSM-IV.	56
TABLA 5: Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10.....	57
TABLA 6: Características clínicas generales de los trastornos de ansiedad, depresión y el síndrome de Burnout	62
TABLA 7: Diferenciación entre Depresión y Burnout.....	65
TABLA 8: Autoinformes para la medición del Síndrome Burnout.	98
TABLA 9: Puntos de corte del M.B.I. en el sector sanitario.....	103
TABLA 10: Estadísticos descriptivos, rango, media y desviación típica de las variables criterio incluidos en el estudio.	115
TABLA 11: Correlaciones entre la subescalas del Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal), años de antigüedad y años de ejercicio profesional.	116
TABLA 12: Análisis de la varianza de un factor de lugar de trabajo para las dimensiones de burnout.....	118
TABLA 13: Análisis de la varianza de un factor para las dimensiones del Burnout y categoría profesional.	119
TABLA 14: Análisis de la varianza de un factor para las dimensiones Burnout y género.. .	120
TABLA 15: Análisis de la varianza de un factor de lugar de trabajo para la escala de ansiedad de HADS.....	121
TABLA 16: Análisis de la varianza de un factor de lugar de trabajo para las dimensiones de Burnout y de la escala de ansiedad de HADS.....	122

TABLA 17: Regresión lineal múltiple entre las variables predictoras (afecto positivo, ansiedad y neuroticismo) y su relación con el Burnout. 123

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1: Características definatorias Burnout.	35
FIGURA 2: Estructura organizacional del Sistema Nacional de Salud español.	40
FIGURA 3: Modelo circunflejo del afecto por Russell.J.A (1980).....	68
FIGURA 4: Dimensiones de la personalidad de Eysenck.	79

CAPÍTULO I:
FUNDAMENTACIÓN
TEÓRICA

1. INTRODUCCIÓN.

El estrés forma parte de nuestra vida cotidiana hasta tal punto que puede considerarse como «el malestar de nuestra civilización», afectando tanto a la salud y al bienestar personal como a la satisfacción laboral y colectiva. En el contexto de la salud laboral surge el desarrollo de un nuevo proceso: el “síndrome de Burnout” (también conocido como síndrome del quemado o del agotamiento), que es un tipo de estrés laboral que puede tener consecuencias psicosomáticas, conductuales, emocionales, familiares y sociales; y que puede ser motivo de ausencia laboral, bajo rendimiento y accidentes laborales. (Gil-Monte, 1997).

El término "Burn out" procede del inglés y se traduce en castellano por "estar quemado". (Golembiewski y Munzenrider, 1984; Ruiz y Rios, 2004).

Han sido diversos autores los que han documentado que este síndrome afecta más a aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas y con una «filosofía humanística» del trabajo, es decir aquéllas que necesitan altas dosis de entrega e implicación. Así, son muchos los profesionales potencialmente afectados por el síndrome (cajeros, enfermeros, médicos, trabajadores sociales, docentes, policías, recepcionistas, secretarias, etc.), y además está muy extendido en los sectores de la educación, hotelería, gastronomía, sanidad, supermercados, justicia, seguridad, servicios sociales, servicios financieros, periodismo, etc. Este fenómeno también ha sido descrito en otro tipo de profesionales, como directivos y mandos medios de cualquier tipo de organización, entrenadores y deportistas, e incluso ha sido estudiado fuera del ámbito laboral (amas de casa). (Leiter y Harvie, 1996).

Este problema se atribuye, principalmente, a la falta de motivación, al trabajo monótono y repetitivo, así como a la ausencia de valoración emocional y de reconocimiento y logro hacia el colaborador. (Edwards et al., 2000).

2. BURNOUT.

Como parte principal del presente estudio de investigación, pasaremos a profundizar en el marco conceptual del Síndrome de Burnout y todos los elementos que lo componen, para la total comprensión del mismo.

2.1 Antecedentes históricos y delimitación conceptual al término del Burnout.

El término “Burnout” es de origen anglosajón y su traducción se ha relacionado con términos variados y dispares como quemarse, cansarse, fatigarse, fundirse, agotarse, sentirse agotado o gastado (“volverse inútil por exceso de uso o trabajo”). En España, adaptando la traducción del término inglés “Burnout,” se denomina también a este síndrome como “síndrome de quemarse por el trabajo”, “síndrome de desgaste profesional”, “síndrome de estrés crónico asistencial” o “síndrome de desgaste emocional”.(Golembiewski y Munzenrider, 1984).

Para por entender todo lo referente a la definición del Burnout lo primero que haremos es describir cómo surge el fenómeno. Todo el interés que se ha suscitado por el síndrome, no parte de un desarrollo teórico, sino que hay cierta evidencia que sugiere que se debe más bien a hechos percibidos y su análisis. Todo ello nos lleva a que después de cuatro décadas de intensa investigación es cuando empiezan a asentarse los planteamientos teóricos sobre el fenómeno pero todavía con un extenso horizonte zigzagueante por recorrer.

La mayor parte de las investigaciones centran, históricamente, el inicio del estudio del síndrome Burnout en 1974, de la mano de Herbert Freudenberger, 1974, médico psiquiatra neoyorquino, que en su trabajo de voluntario en una clínica de desintoxicación de Nueva York, la “Free Clinic”, al igual que otros voluntarios jóvenes e idealistas, al cabo de un periodo 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).

El psiquiatra utilizó el término Burnout (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”) para denominar este síndrome, porque desde la década de los sesenta esta expresión se utilizaba en el argot de los profesionales de la psiquiatría para referirse a las consecuencias psicológicas derivadas del consumo crónico de drogas. Para él era considerado como un síndrome de

carácter clínico, que describía como un proceso de deterioro en la atención profesional. La definición del término que propuso fue como un *“estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”*.

Para Freudenberger (1974), las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el Burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas (habla Freudenberger de “comunidades terapéuticas, voluntariado...”), de tal forma que estas personas *“sentirían una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar”*. Dentro de la aparición del síndrome, es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, condiciones que seguirían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo.

Según las descripciones aportadas por este autor, el Síndrome de Burnout se manifestaría clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destacaría el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria.

Dentro del marco de las alteraciones de la conducta, sería frecuente la aparición de sentimientos de frustración, así como signos de irritación ante la más mínima presión en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas. Y todo esto puede conllevar a un consumo excesivo de tranquilizantes y barbitúricos. Freudenberger describe la transición que sufre una persona con Burnout volviéndose *“rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento le impide experimentar más cambios. Estas personas aparecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares”*.

El primer punto de inflexión, es a partir de las aportaciones del psiquiatra, no sólo por su observación certera y un análisis sagaz de la realidad cotidiana, sino sobre todo por lo acertado que estuvo en reconocer y acotar el fenómeno observado, diferenciándolo de otros fenómenos parecidos y sobre todo poniéndole un nombre al hecho observado, identificándolo y distinguiéndolo. Asimismo la aportación decisiva de este autor, también estriba en presentar el fenómeno como una agrupación de síntomas y signos recurrentes que parecía indicar una patología diferenciada, es decir, la consideración de síndrome del fenómeno. Esto ha sido determinante para generar una plataforma mínima de consenso de la comunidad

científica que ha servido de punto de partida de trabajos de investigación para emprender un estudio profundo del fenómeno. (Freudenberger, 1974).

Años más tarde, en 1976 Cristina Maslach, desarrolló junto con colaboradores, un trabajo más intenso en investigación de Burnout con 200 profesionales, sobre las respuestas emocionales de los empleados en profesiones de ayuda a personas incluyendo abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos y psiquiatras, enfermeras, etc. Mantuvo el nombre que había sugerido Freudenberger porque gozaba de una aceptación muy positiva por parte de las personas que lo padecían. Para la autora, el término describía con bastante coherencia su estado y porque a su vez era un nombre no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos, es decir, describía un síndrome que apuntaba a una causa externa y no a una predisposición psicopatológica personal. (Maslach y Jackson, 1986). De la misma manera, el término Burnout era empleado en la jerga de los abogados de California, para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y cínico desinterés entre los compañeros de trabajo. Maslach era profesora de Psicología en la Universidad de California en Berkeley por lo que tendría cierta influencia tendría la jerga de los abogados de la zona en la elección del término Burnout.

Aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson (1976 y 1981), cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome (Maslach, 1976).

Por otro lado, sentaron las bases para la realización de estudios en diferentes colectividades y sociedades, ya que idearon un instrumento de medida, denominado *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Bustanza, 2000).

2.2 Aspectos o dimensiones del Burnout.

Christina Maslach y Susan E. Jackson, en 1981 definieron el Burnout como “*un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas*”. Es entonces cuando estas autoras estructuraron este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto, en el que se estructuraron las tres dimensiones del Burnout: cansancio emocional, despersonalización o deshumanización y por último, falta de realización personal.

Para Maslach, estas tres dimensiones aparecen sobre todo en las profesiones de ayuda, como los sanitarios y educadores, que prestan servicios al público.

El cansancio emocional se ha definido como desgaste, pérdida de energía, agotamiento y fatiga, que puede manifestarse física, psicológicamente o como una combinación (Maslach, 1986).

El segundo aspecto relatado es la tendencia a la despersonalización, por la que aparece un cambio negativo en las actitudes hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo, a los cuales se puede considerar como meros números como por ejemplo “el 714”. En este sentido, se ha argumentado que la despersonalización en niveles moderados sería una respuesta adaptativa para los profesionales, pero esta misma respuesta, en grado excesivo, demostraría sentimientos patológicos hacia los otros, de insensibilidad y cinismo (Oliver, 1993). La aptitud varía en función de las personalidades, pero de manera general se produce una “insensibilización” que va desde el pesimismo o escepticismo al cinismo respecto de los atendidos.

El tercer componente del Burnout es el sentimiento de falta de realización personal, por el que aparecen una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo, típicas de depresión, moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la tensión, pérdida de la motivación hacia el trabajo y baja autoestima (Maslach, 1986).

El círculo se va cerrando con una suerte de Feedback o retroalimentación negativa: agotamiento físico y psíquico, despersonalización en el sentido de la deshumanización y una visión negativa, escéptica o cínica de sí mismos y los propios logros, con una moral baja, un detrimento y descenso de la productividad en el trabajo y sentimientos de fracaso y frustración, percibiendo escasa o nula realización personal.

2.3 Aspectos epidemiológicos.

No parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores, en lo referente a los aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout descritos en la literatura, si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables. La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las

prometidas ni esperadas. Según el sexo sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer (Cooper, Rout, Faragher, 1989; Bowman y Allen, 1985; Cardinell, 1987). El estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime (Moreno y Peñacoba, 1996); parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables (Dale y Weinberg, 1989). En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar (Maslach y Jackson, 1984; Greenglass y Burke, 1989). La turnicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor (Cardinell, 1987). Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome (Seltzer y Numero, 1988; Pines y Kafry, 1978; Cardinell, 1981), Naisberg y Fenning en 1978 encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes. (Pines y Kafry, 1978).

Es conocida la relación entre Burnout y sobrecarga laboral en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente (Jackson, Schwab, Schuler, 1986; Maslach y Jackson, 1981). Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores (Maslach y Jackson, 1981; Zajonc, 1980).

También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura. (Cahoo y Rowney, 1984; Wilson, 1986).

De todo lo anterior se deriva que para que aparezca el Burnout es necesaria la interacción entre las respuestas individuales al estrés junto a la presión laboral en el ambiente de trabajo (Nobe, Lluch, Miguel, 1991). En este marco el personal sanitario, y muy especialmente la enfermería, sería particularmente vulnerable al Burnout. Así, según estudios epidemiológicos recientes realizados en el personal de enfermería, hasta un 25% del mismo estaría afectado por el síndrome (Demeuroti et al., 2000). En el clásico estudio de House en las enfermeras, se identificaban como características negativas del ambiente laboral la carga de trabajo, la ambigüedad del rol a desempeñar y la baja autoestima o valoración profesional (House, 1980).

El trabajo que se desarrolla en los hospitales requiere que todos los profesionales tengan la suficiente experiencia clínica y madurez que les permita enfrentarse a la toma de decisiones difíciles, de las que se derivan frecuentemente implicaciones éticas y morales. En este sentido, la enfermería se ha identificado como un grupo especial de riesgo porque en ella concurren factores personales, profesionales e institucionales, que son causas potenciales del síndrome que estudiamos (Maslach y Jackson, 1986).

2.4 Evolución de la definición del término Burnout.

Para poder profundizar en el concepto Burnout, que es el pilar entonto se construye nuestro estudio, mencionaremos aquellas definiciones más relevantes para ver cómo se ha ido desarrollando el concepto desde su origen hasta nuestros días.

Freudenberger (1974) que fue el autor pionero lo define como 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. Maslach (1976) lo describe cómo el proceso gradual de pérdida de responsabilidad personal, y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Pines y Kafry (1978) plantean una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal. Spaniol y Caputo (1979) definieron el Burnout como el síndrome derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales.

Edelwich y Brodsky (1980) hablan de una 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.

Por su parte, Freudenberger (1980) describe posteriormente un 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) desde otra perspectiva, lo muestra como un 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 (enfrentamiento defensivo). Pines, Aaronson y Kafry (1981) lo asemejan a 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) años más tarde lo definieron como una 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.

Smith y Nelson (1983a y 1983b) concluyeron que no es posible ofrecer una definición concisa del fenómeno, reseñando la complejidad del síndrome que se intenta concretar.

Brill (1984) lo describe como 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) conceptúan una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales. Smith, Watstein y Wuehler (1986) concluyen que el Burnout

describe un frágil patrón de síntomas, conductas y actitudes que es único para cada persona, haciendo muy difícil que se pueda aceptar una definición global del síndrome.

Garden (1987) muestra la idea de que una definición de Burnout es prematura pues existe una ambigüedad en la realidad del síndrome que la investigación hasta el momento no ha permitido esclarecer. Shirom (1989) lo define como una 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. Hiscott y Connop (1989 y 1990) sencillamente entienden el Burnout como un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo. Moreno, Oliver y Aragonese (1991) hablan de un 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) lo ve como una crisis de autoeficacia. Distanciando así el Burnout del estrés laboral.

Burke y Richardsen (1993) resaltan como un 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) propone una 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. Garcés de Los Fayos (1994) señala que el Burnout puede ser similar al estrés laboral o consecuencia de éste. Schaufeli y Buunk (1996) interpretan el Burnout en términos de comportamiento negativo en la organización, que afectaría no solamente al individuo, sino también a ésta. .

Gil-Monte y Peiró (1997) lo definen como 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. 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 de 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. Gil-Monte y Peiró (2000) desde la perspectiva psicosocial, consideran el Síndrome de Burnout como un proceso en el que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización). Peris (2002) describe un trastorno caracterizado por la sobrecarga y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana.

Más recientemente, el Burnout se ha descrito como un síndrome defensivo (mecanismo de defensa) que se manifiesta en las profesiones de ayuda. El riesgo en estas profesiones es que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico. La confrontación entre los ideales (conscientes o no) y la realidad laboral pueden conducir a Burnout (Jaoul, Kovess y Mugen, 2004). Según Aranda (2006) la palabra Burnout es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto, donde se pierde la ilusión por el trabajo. Molina Linde y Avalos Martínez (2007) definen el Síndrome de Burnout como la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes. Maslach y Leiter (2008) relacionan el Burnout especialmente con las características del trabajo, incluyendo alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social, y experiencia de injusticia.

En todas las anteriores definiciones de Burnout podemos observar que una parte de los autores destaca 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. Por los que podríamos señalar a la inadecuada adaptación al estrés laboral, por cualquiera de los aspectos comentados previamente, 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, (figura 1).

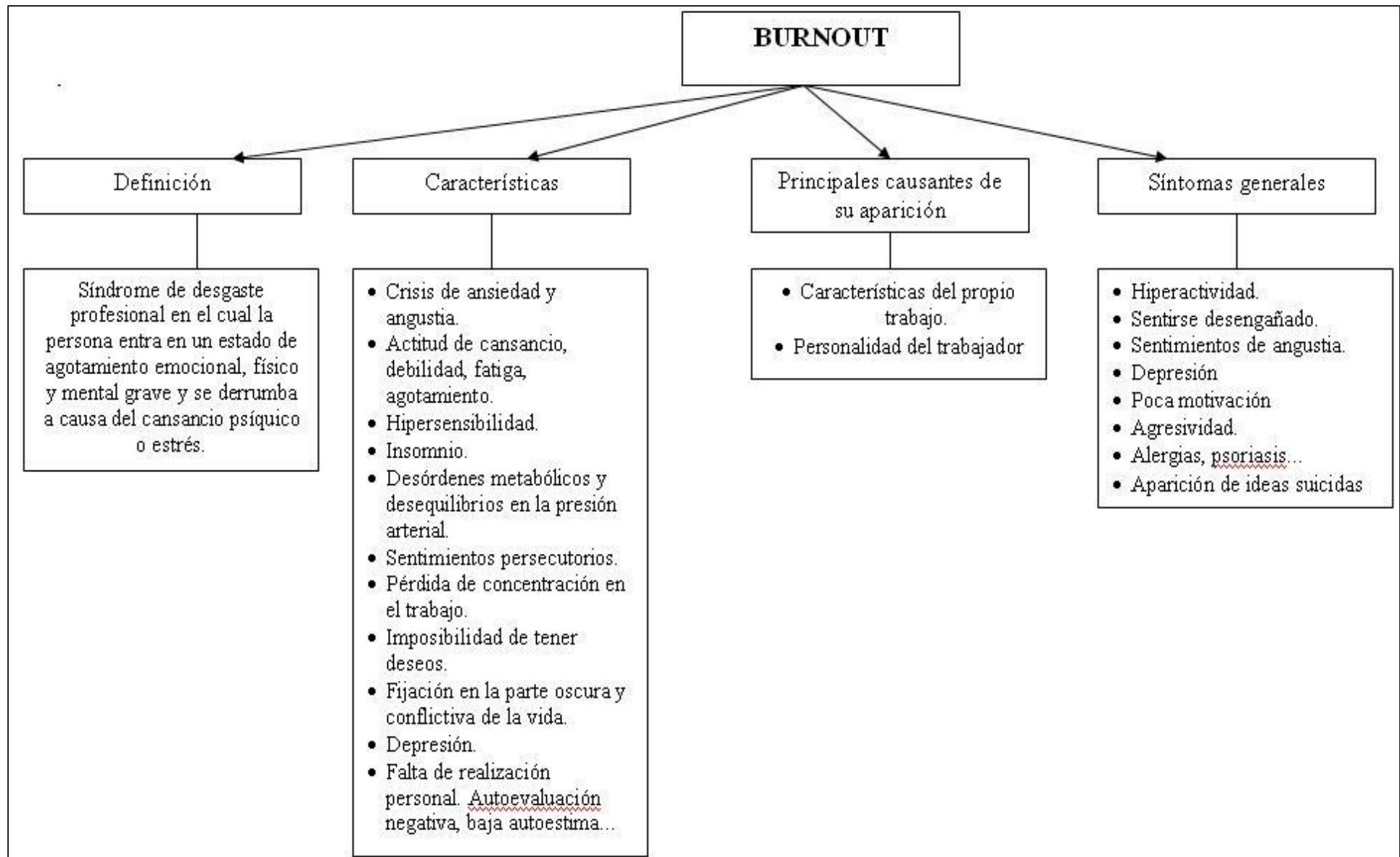


FIGURA 1: Características definitorias Burnout. Marco conceptual del Síndrome Burnout, donde se recogen algunas de las características generales del término. (Maslach y Jackson, 1981).

3. SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Dado que la muestra del presente estudio está relacionada con el personal sanitario, médico y enfermeras tanto de atención primaria como atención especializada es importante realizar una descripción tanto del marco donde se desarrolla la práctica asistencial de cada uno de los escenarios (primaria y especializada) así como de las leyes que los rigen, competencias. (Ministerio de Sanidad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

3.1 Protección de Salud en España.

La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos.

La regulación de las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud se recogen en un conjunto de normas con rango de Ley:

- ✓ Ley General de Sanidad (1986).
- ✓ Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003).
- ✓ Ley de garantías y uso racional del medicamento (2006).
- ✓ Ley General de Salud Pública (2011).
- ✓ Real Decreto-Ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad (2012).

Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho son:

- ✓ Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- ✓ Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- ✓ Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.
- ✓ Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados. Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de

acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos. . (Ministerio de Sainidad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

3.2 Competencias de las comunidades autónomas.

Al amparo de las previsiones constitucionales y de los respectivos estatutos de autonomía, todas las comunidades autónomas han asumido competencias en materia sanitaria.

Cada comunidad autónoma cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia comunidad, diputaciones, ayuntamientos y cualesquiera otras administraciones territoriales intracomunitarias.

La Administración Central del Estado mantiene, a través de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), la gestión de la asistencia sanitaria en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

La asunción de competencias sanitarias por las comunidades autónomas aproxima la gestión sanitaria a los ciudadanos y garantiza:

- ✓ Equidad.
- ✓ Calidad.
- ✓ Participación ciudadana.

3.3 Organización.

La organización del SNS es consecuencia de los principios en que se sustenta. Dado su carácter universal y solidario, necesita asegurar la equidad en el acceso a los servicios para todos los ciudadanos. Su financiación con recursos públicos exige, por otra parte, que el gasto en que se incurra esté sometido a criterios de eficiencia.

Para ello, el SNS se organiza en dos niveles o entornos asistenciales, en los que el acceso espontáneo de los ciudadanos y la complejidad tecnológica se encuentran en relación inversa.

Los servicios sanitarios de primer nivel, Atención Primaria, se caracterizan por tener una gran accesibilidad y por la suficiente capacidad de resolución técnica como para abordar íntegramente los problemas de salud de presentación frecuente.

El segundo nivel, corresponde a la Atención Especializada, cuenta con los medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y coste dentro del sistema, cuya eficiencia es muy baja si no se concentran y a los que se accede, en primera instancia, por indicación de los facultativos de Atención Primaria.

La Atención Primaria pone a disposición de la población una serie de servicios básicos en una isócrona de 15 minutos desde cualquier lugar de residencia. Los dispositivos asistenciales principales son los Centros de Salud, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería, y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas (Tabla 1).

Dada su disposición en el entramado de la comunidad, se encomienda a este nivel las tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

Como máxima expresión de accesibilidad y equidad en el acceso, la Atención Primaria llega físicamente hasta el domicilio del ciudadano cuando es necesario.

TABLA 1: *Diferencias en el ámbito de Atención Primaria vs. Atención Especializada*

	ATENCIÓN PRIMARIA	ATENCIÓN ESPECIALIZADA
Características	Accesibilidad	Complejidad técnica
Actividades	Promoción de la salud y de prevención de la enfermedad con capacidad de resolución técnica para abordar de forma completa los problemas de salud más frecuentes	Cuenta con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad y coste cuya eficiencia aumenta si se concentran
Acceso	Espontáneo	Por indicación de los facultativos de atención primaria
Dispositivo asistencial	Centros de salud y consultorios locales	Centros de especialidades y hospitales
Régimen de Atención	En el centro y en el domicilio del ciudadano	De manera ambulatoria o con internamiento

Nota: Resumen conceptual de las diferencias existentes entre primer nivel asistencial (Atención Primaria) y el segundo nivel asistencial (Atención Especializada). Fuente: Ministerio de Sainidad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2016).

La Atención Especializada se presta en Centros de Especialidades y Hospitales, de manera ambulatoria o en régimen de ingreso. Tras su conclusión, el paciente y la información clínica correspondiente retornan nuevamente al médico de Atención Primaria quien, al disponer del conjunto de los datos de su biografía sanitaria, garantiza la visión clínica y terapéutica global. Ello permite que la continuidad de los cuidados siga caracterizada por la equidad, independientemente del lugar de residencia y de las circunstancias individuales de autonomía, dado que la atención llega hasta el propio domicilio del paciente.

Dentro de esta organización, la ubicación de los recursos asistenciales responde, básicamente, a una planificación sobre demarcaciones demo geográficas delimitadas, ver figura 2, las Áreas de Salud, que establece cada Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta factores de diversa índole pero, sobre todo, respondiendo a la idea de proximidad de los servicios a los usuarios.

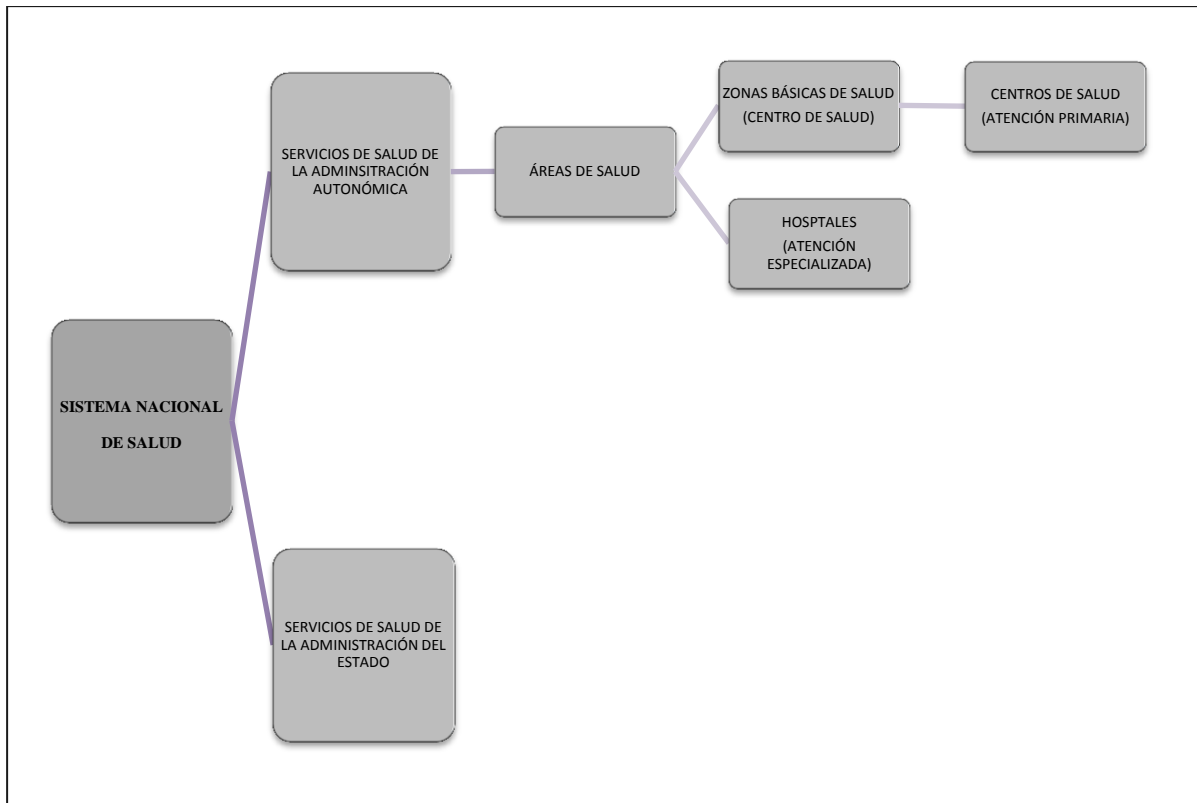


FIGURA 2: Estructura organizacional del Sistema Nacional de Salud español. Fuente: Ministerio de Sanidad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (2016).

Las Áreas de Salud se subdividen, a su vez, en Zonas Básicas de Salud que son el marco territorial de la Atención Primaria, donde desarrollan las actividades sanitarias los centros de salud. Cada Área dispone de un hospital general como referente para la Atención Especializada. En algunos Servicios de Salud existen estructuras organizativas intermedias entre el Área de Salud y la Zona Básica. (Ministerio de Sanidad, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

4. ANSIEDAD.

Podríamos decir que la ansiedad es uno de los conceptos centrales en el ámbito de la salud mental. Por el contrario ello no implica que se trate de una categoría simple y uniformemente definida, sino que ya desde sus bases etimológicas y de sus antecedentes conceptuales, teóricos y disciplinares podemos dar cuenta de que es un constructo difuso, ambiguo y complejo (Jablensky, 1985; Lewis, 1980).

4.1 Concepto de ansiedad.

La ansiedad es una parte de la existencia humana, todas las personas sienten un grado moderado de la misma, siendo ésta una respuesta adaptativa que se produce antes ciertos tipos de situaciones en las que el individuo podría necesitar más recursos. La incorporación de la ansiedad en psicología es tardía, siendo tratado sólo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas. Según el Diccionario de la Real Academia Española, (2014), el término ansiedad proviene del latín *anxiatus*, refiriendo un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático (Ayuso, 1988; Bulbena, 1986).

De manera global el término ansiedad podría ser entendido como la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Ansiedad y miedo podrían entenderse de manera similar y cercana aunque se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Marks, 1986). Tanto la ansiedad como el miedo tienen manifestaciones parecidas, en ambos casos se aprecian pensamientos de peligro, sensaciones de aprensión, reacciones fisiológicas y respuestas motoras; por eso, algunos autores utilizan indistintamente un término u otro (Cambell, 1986; Thyer, 1987). Ambos conceptos se consideran mecanismos evolucionados de adaptación que potencian la supervivencia de nuestra especie (Thyer, 1987). En esta línea, Johnson y Melamed (1979) indican que la ansiedad se diferencia del miedo en que la primera

consiste en la emisión de una respuesta más difusa, menos focalizada, ocurriendo sin causa aparente y quizás mejor descrita como aprensión para el individuo. La característica más llamativa de la ansiedad es su carácter anticipatorio, es decir, posee la capacidad de prever o señalar el peligro o amenaza para el propio individuo, confiriéndole un valor funcional importante (Sandín y Chorot, 1995); además, tiene una función activadora y facilitadora de la capacidad de respuesta del individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico adaptativo de protección y preservación ante posibles daños presentes en el individuo desde su infancia (Miguel- Tobal, 1996). Cabe destacar que si la ansiedad supera la normalidad en cuanto a los parámetros de intensidad, frecuencia o duración, o bien se relaciona con estímulos no amenazantes para el organismo, provoca manifestaciones patológicas en el individuo, tanto a nivel emocional como funcional (Vila, 1984).

Desde la psicología de la personalidad (Endler y Okada, 1975; Eysenck, 1967, 1975; Gray, 1982; Sandín, 1990) se concibe la ansiedad en términos de rasgo y estado. Desde el punto de vista de rasgo (personalidad neurótica), es entendida una tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad, acompañada de una personalidad neurótica de base similar a la timidez, apareciendo durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones. Por otra parte, la ansiedad se presenta como estado se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración; ésta es vivenciada por el individuo como patológica en un momento particular, caracterizándose por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva. Las intensidades de las emociones variarán en función de cómo sean percibidas las circunstancias, si son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que si son percibidas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real. La relación entre ambos puntos de vista es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa (Miguel-Tobal, 1996). La ansiedad rasgo y estado se solapan en varios aspectos, al igual que le ocurre a la ansiedad crónica y la de tipo agudo.

Desde otra perspectiva, se ha considerado la ansiedad patológica como rasgo y como estado a la vez (Spielberger, 1966, 1972), traducándose en el trastorno en sí mismo por la presencia de síntomas irracionales y perturbadores para el individuo.

Sheehan (1982) diferencia la ansiedad exógena (conflictos externos, personales o psicosociales) ligada a la ansiedad generalizada, de la endógena (autónoma e independiente de los estímulos ambientales) responsable de los ataques de pánico y en su extensión, de diversos cuadros fóbicos.

Por último, la ansiedad se puede dividir igualmente en primaria, cuando no deriva de otro trastorno psíquico u orgánico subyacente, o secundaria, cuando acompaña a la mayoría de las afecciones primarias psiquiátricas. Asimismo, destaca una ansiedad reactiva que es conocida como las reacciones neuróticas de la angustia, o una ansiedad nuclear, donde destacan las crisis de angustia y la ansiedad generalizada.

4.2 Evolución histórica del concepto.

Durante la década de los años cincuenta y sesenta, la investigación psicológica estaba centrada en el trastorno mental de la esquizofrenia, mientras que en los años setenta el interés se dirigió a la evaluación de los estados de ánimo, especialmente la depresión. Posteriormente, en 1985 dos psicólogos norteamericanos, Husain y Jack Maser, afirman que la década de los años ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad, a partir de entonces cuando la misma pasa a ocupar un lugar preferente que perdura hasta nuestros días. En esta época, las neurosis de ansiedad se caracterizan por una preocupación ansiosa exagerada que llega hasta el pánico y va acompañada a menudo por síntomas somáticos. La neurosis de ansiedad (al contrario que la neurosis fóbica) puede producirse en cualquier circunstancia y no está limitada a situaciones u objetos específicos (DSM II, 1986). Actualmente, los trastornos de ansiedad ocupan el primer lugar a nivel mundial entre los trastornos del comportamiento más destacados.

Dentro del campo de la Psicología, el término ansiedad, se ha englobado diversos conceptos. Los problemas de ambigüedad conceptual y operativa para su abordaje dificultan el desarrollo de definiciones unánimes desde los distintos enfoques, a lo que se suma el problema de las numerosas etiquetas (reacción emocional, respuesta, experiencia interna, rasgo de personalidad, estado, síntoma, etc.) que ha recibido. Bajo este enfoque, la filosofía existencial considera que la ansiedad es una respuesta de carácter humano que está dirigida hacia la amenaza que sufren los valores morales, y que aparece cuando el sistema de valores que da sentido a la vida del ser humano se ve amenazado de muerte. Los psiquiatras existencialistas

dan una importancia notoria al hecho de que la ansiedad es una característica ontológica del hombre. Dentro de esta corriente filosófica mantiene que no es una actitud entre otras muchas, como pueden serlo el placer o la tristeza. Por el contrario, desde el punto de vista psicopatológico, el concepto de ansiedad no siempre ha sido usado de forma homogénea. Como sugiere Lewis (1980), varias palabras latinas contienen la raíz indogermánica *angh* y, a pesar de ello, el término que ha prevalecido en toda la cultura occidental para definir a ese sentimiento de inquietud, que se acompaña de una clara constricción en la zona epigástrica y dificultades respiratorias, es el de ansiedad, debido a la influencia de Freud, quien la introduce como palabra técnica en la psicopatología. Freud (1964), define la ansiedad como un estado afectivo desagradable, caracterizado por la aprensión y una combinación de sentimientos y pensamientos molestos para el individuo. La ansiedad se concibe como el resultado de la percepción (consciente o inconsciente) por parte del individuo de una situación de peligro, que se traduce en ciertos estímulos sexuales o agresivos y da lugar a la anticipación del ego. Este autor identifica elementos fenomenológicos y fisiológicos en sus estudios sobre la ansiedad, defendiendo que las distintas formas de neurosis están determinadas por la intensidad y el carácter que presentan a raíz de la experiencia traumática y en función de la etapa de desarrollo psicosexual en la que se encuentre el individuo. La ansiedad es una característica esencial de la neurosis, una respuesta no realista ante la situación que es temida por el sujeto y que implica poco o ningún miedo real, según esto. Tal ansiedad neurótica es entendida por los psicoanalistas como una señal de peligro procedente de los impulsos reprimidos del individuo, que se origina a raíz de las transformaciones producidas sobre la propia ansiedad objetiva.

El concepto de ansiedad ha ido evolucionando hacia una multiplicidad de dimensiones. En una primera instancia, según Mowrer (1939) se consideró como un estado emocional y fisiológico transitorio, como un rasgo de personalidad y como explicación de una conducta. La ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro objetivo producido por una determinada situación, sino que tiende a ocurrir de forma irracional, es decir, ante situaciones carentes de peligro real. La ansiedad, a partir de la década de los años cincuenta, concebida como una dolencia de sobreexcitación, en tanto la exposición prolongada ante un estímulo excitante puede desembocar en una incapacidad para la inhibición de la excitación (Malmö, 1957). Wolpe (1958), describe la ansiedad como “lo que impregna todo”, estando condicionada a distintas propiedades más o menos omnipresentes en el ambiente, haciendo que el individuo esté ansioso de forma continua y sin causa justificada. La teoría

tridimensional de la ansiedad se formuló en la década de los años sesenta, según la cual, las emociones se manifiestan a través de reacciones agrupadas en distintas categorías: cognitiva o subjetiva, fisiológica y motora o comportamental, las cuales correlacionan escasamente entre sí (Lang, 1968). Por lo que, una persona puede mostrar una reacción muy intensa en la categoría subjetiva, moderada en la fisiológica e incluso leve en la motora, mientras que otra persona puede mostrar todo lo contrario, llegando a la conclusión de que existe alta variabilidad interindividual en la reacción. Por este motivo, a finales de los años sesenta, se empieza a concebir la ansiedad como un término referido a un patrón de conducta caracterizado por sentimientos subjetivos de tensión, cogniciones y activación fisiológica (Franks, 1969), como respuesta a estímulos internos (cognitivos o somáticos) y externos (ambientales). Por lo tanto, hablamos de un constructo multidimensional compuesto por tres componentes (motor, cognitivo y fisiológico), los cuales interactúan entre sí. La respuesta emocional emitida engloba aspectos subjetivos de carácter displacentero en el individuo (tensión, inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, miedo, aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, sentimientos de incapacidad ante la situación, sensación general de pérdida de control, etc.), aspectos corporales caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático (palpitaciones, pulso rápido, opresión torácica, respiración rápida y superficial, ahogo, aerofagia, molestias digestivas, sudoración, sequedad de boca, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatigabilidad excesiva, tensión muscular, mareo, vómitos, micciones frecuentes, eyaculación precoz, frigidez, impotencia, etc.), y aspectos observables que implican comportamientos poco adaptativos (paralización motora, hiperactividad, tartamudeo, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación ante determinadas situaciones, conductas de escape, movimientos sin una finalidad concreta, torpes y repetitivos, etc.). En esta misma década de los años sesenta además se comienza a tomar consciencia de la relación que existe entre la ansiedad y la enfermedad, concluyendo que la ansiedad puede influir sobre las funciones fisiológicas del organismo y contribuir al desarrollo o a la potenciación de determinadas patologías o trastornos en el ser humano. Siguiendo el mismo hilo, Kolb (1968) considera que el ataque de ansiedad es causado por una hiperventilación, es decir, por un cambio en el ritmo de la respiración que se traduce en tomar grandes cantidades de aire en cada inspiración. Así, algunos de los síntomas del ataque de ansiedad son similares a los que se observan en la hiperventilación, como el aturdimiento, la sensación de desvanecimiento, el paso inseguro y la respiración entrecortada.

Es partir de la década de los años setenta, cuando se empieza a considerar que la ansiedad constituye un estado emocional no resuelto de miedo sin dirección específica, ocurriendo tras la percepción de una amenaza (Epstein, 1972). Marks y Lader (1973) describen la ansiedad crónica y continua como ansiedad de fluctuación libre. Otro autor destacado de esta década fue Wolpe, que a partir de la psicopatología experimental propuso una definición operacional; éste viene a definir la ansiedad como una respuesta autónoma de un organismo individual concreto después de la presentación de un estímulo nocivo y que, de forma natural, posee la facultad de provocar dolor y daño en el individuo (por ejemplo, una descarga eléctrica); en términos de aprendizaje, la ansiedad sería tanto una respuesta condicionada como una respuesta incondicionada, pudiendo ser las respuestas de ansiedad ante los estímulos condicionados superiores incluso a las producidas ante los estímulos incondicionados (Wolpe, 1979). Ya en los años ochenta se comienza a describir las características de la ansiedad. Por lo que, Lewis (1980) señala que, en primer lugar, constituye un estado emocional experimentado como miedo o algo similar cualitativamente y distinto a la ira; en segundo lugar, es una emoción desagradable (sentimiento de muerte o derrumbamiento); en tercer lugar, se orienta al futuro, relacionándose con algún tipo de amenaza o peligro inminente; en cuarto lugar, en ella no aparece una amenaza real y, si la hay, el estado emocional sugerido resulta desproporcionado a ésta; en quinto lugar, se señala la presencia de sensaciones corporales que causan molestias durante los episodios de ansiedad, por ejemplo, la sensación de ahogo, opresión en el pecho, dificultades respiratorias, etc.; en último lugar, se informa de la manifestación de trastornos corporales que bien pertenecen a funciones controladas voluntariamente de huida, defecación, etc., o bien obedecen a funciones involuntarias o parcialmente voluntarias como vómitos, temblor y sequedad de boca. La ansiedad también se ha descrito como una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representan o son interpretadas por el sujeto como una amenaza o peligro para su integridad, poniendo en marcha una serie de mecanismos defensivos a través de, entre otras, una estimulación del sistema nervioso simpático y de la liberación de catecolaminas, responsables de buena parte de los síntomas somáticos que integran la respuesta ansiosa (Tyrer, 1982). Por su parte, Rachman (1984) propone que la ansiedad dentro de la psicopatología actual corresponde a una respuesta condicionada, anticipatoria y funcional; este autor añade que, dentro de la visión científica de la ansiedad, no se presenta correlación positiva entre el peligro objetivo y la ansiedad, sino que ésta tiene un carácter irracional, es decir, se produce ante situaciones sin peligro real. Spielberger et al. (1984) definen el estado de ansiedad como una reacción emocional de aprensión, tensión, preocupación, activación y descarga del sistema nervioso

autónomo, mientras que Tobeña (1997) la considera como una emoción que modifica los parámetros biológicos y se expresa a través de diferentes aparatos y sistemas.

Es a partir de los años noventa, cuando se propone que la ansiedad es un estado emocional que puede darse solo o sobreañadido a los estados depresivos y a los síntomas psicósomáticos cuando el sujeto fracasa en su adaptación al medio (Valdés y Flores, 1990). Tras realizar una revisión de las distintas orientaciones, Miguel-Tobal (1990) propone que “la ansiedad es 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 peligroso y amenazante. El tipo de estímulo capaz de evocar la respuesta de ansiedad vendrá determinado en gran medida por las características del sujeto”. Posteriormente, Miguel-Tobal (1996) resume la definición anterior en lo siguiente: la ansiedad es una reacción emocional ante la percepción de un peligro o amenaza, manifestándose mediante un conjunto de respuestas agrupadas en tres sistemas: cognitivo o subjetivo, fisiológico o corporal y motor, pudiendo actuar con cierta independencia. Por otro lado, según la Asociación Americana de Psiquiatría (1994), la ansiedad fóbica se ha definido como una reacción excesiva o irracional a una situación particular. En definitiva, la ansiedad se ha visto como una reacción emocional consistente en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación que se acompañan por la activación del sistema nervioso autónomo simpático; ésta es anticipatoria, teniendo un valor funcional y utilidad biológica (Sandín y Chorot, 1995). Por último, las manifestaciones cognitivas pueden ir desde una leve preocupación hasta el pánico, pudiendo en sus formas graves implicar la convicción de un destino inminente (el fin del mundo o la muerte), preocupación por lo desconocido o temor de perder el control sobre las funciones corporales. Las manifestaciones conductuales implican la evitación de situaciones inductoras de ansiedad, mientras que los cambios somáticos incluyen la respiración entrecortada, sequedad de boca, manos y pies fríos, micción frecuente, mareos, palpitaciones cardíacas, elevación de la presión sanguínea, aumento de transpiración, tensión muscular e indigestión (Sue, 1996). En definitiva, la ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario; ésta se caracteriza por la tirantez, inquietud y un sentido de desamparo. El individuo ansioso anticipa una desgracia, dando como resultado ciertas manifestaciones

clínicas particulares, como sudoración, tensión muscular, quejidos, pulso acelerado, respiración entrecortada, indigestión, diarrea, disfunción sexual, entre otras.

4.3 Clasificación de la ansiedad.

A medida que los investigadores y los especialistas han ido estudiando los trastornos del estado de ánimo y los trastornos adaptativos, los criterios diagnósticos más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM).

En enero de 2016, entra en vigor para la codificación clínica una nueva clasificación de diagnósticos y procedimientos, la CIE-10-ES. Esta nueva clasificación supone un importante cambio cualitativo y cuantitativo en la codificación clínica.

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. La DSM-IV-TR enumera doce trastornos de ansiedad y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos (Tabla 2).

Tabla 2. Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR y la CIE-10: equivalencias.

DSM-IV-TR	CIE-10
	Trastorno de ansiedad fóbica
Fobia social	Fobias sociales
Fobia simple	Fobias específicas
Agorafobia sin crisis de angustia	Agorafobia
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno de angustia con agorafobia	Trastorno de angustia
Trastorno de angustia sin agorafobia	
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	Otro trastorno mixto de ansiedad
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Reacciones de estrés y trastornos de adaptación
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo	Reacción de estrés agudo
	Trastorno de adaptación
	Trastornos disociativos
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica	
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
	Trastornos somatomorfos
Trastorno de ansiedad no especificado	Otros trastornos neuróticos

Nota: Se presenta la clasificación de la ansiedad según el DSM-IV-TR y la correspondiente equivalencia según la CIE-10. Fuente: López-Ibor, J. J. y Valdés, M. (2002); Organización Mundial de la Salud (1992).

A continuación se presenta la clasificación de dichos trastornos de ansiedad según el manual de la DSM-IV-TR-AP. Este manual ha sido elaborado entre Atención Primaria y Psiquiatría con el fin de diagnosticar trastornos mentales en AP, y todos los códigos incluidos provienen del DSM-IV-TR.

Tabla 3. *Clasificación de trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR-AP*

CIE-10	Trastorno (según DSM-IV-TR-AP)
F06.4	Trastorno por ansiedad debido a... (indicar enfermedad)
F10.8	Trastorno por ansiedad inducido por alcohol
F19.8	Trastorno por ansiedad inducido por otras sustancias
F40.01	Trastorno de angustia con agorafobia
F41.0	Trastorno de angustia sin agorafobia
F40.1	Fobia social
F40.2	Fobia específica
F40.00	Agorafobia sin historia de trastorno de angustia
F93.0	Trastorno de ansiedad por separación
F42.8	Trastorno obsesivo compulsivo
F43.1	Trastorno por estrés postraumático
F43.0	Trastorno por estrés agudo
F41.1	Trastorno de ansiedad generalizada
F43.28	Trastorno adaptativo con ansiedad
F41.9	Trastorno de ansiedad no especificado

NOTA: Se presentan los trastornos de ansiedad según el DSM-IV-TR-AP, junto con los códigos oficiales de la CIE-9-MC y los códigos de la CIE-10. Fuente: López-Ibor, J. J. y Valdés, M. (2004).

5. DEPRESIÓN.

Los seres humanos se relacionan o comunican al nivel emocional y reaccionan de manera similar ante determinados estímulos estresantes negativos, de ahí que el entendimiento de las emociones sea una de las principales metas de la ciencia actual, unido a la comprensión y el análisis.

En ocasiones, la definición de depresión se realiza bajo el marco de señalar lo que no es depresión, de manera que se corre el riesgo de no tener en cuenta estados que pueden encubrir un trastorno depresivo y, por tanto, no ser tratados. A continuación se analizará el concepto de la depresión.

5.1 Concepto de depresión.

La depresión se la ha denominado con diferentes términos tales como melancolía, tristeza, etc. Su existencia y especialmente el estado de ánimo deprimido han estado siempre unidos a la condición humana. En modo coloquial 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, según Alonso (1988) existen diferencias específicas. Mientras que la tristeza es un sentimiento displacentero motivado por alguna adversidad de la vida, la depresión está constituida por un cuadro clínico dentro del terreno de lo anormal y lo patológico. El enfermo depresivo, afirma el autor, no sabe exactamente qué es lo que causa su sufrimiento, estando afectadas todas las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas fisiológicas y sociales, podrían verse afectadas (Mackinnon, Michels, 1971), mientras que la persona triste, sufre por un motivo concreto y definido.

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). La depresión y el estado de ánimo estarían asociados 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. Cuando alguien se siente 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".

En la depresión se observan diferentes manifestaciones de acuerdo con las circunstancias y las características de cada persona. Por lo tanto, su significado puede variar según el uso que se le quiera dar. Así, comúnmente depresión se refiere a una sensación de malestar, con manifestaciones como tristeza y angustia, mal humor, frustración, etcétera, y todo esto es consecuencia de algo negativo que sucedió (Navarro, 1990).

Una de las características de la depresión es que cuando alguien está deprimido se observa que hay en él una pérdida de interés por la vida. Otra característica importante es que, aun cuando las circunstancias no sean tan desfavorables, su ánimo negativo y decaído es muy notable. Pero esto es algo relativo, ya que no es fácil reconocer una línea clara que separe el desaliento y la tristeza (o un periodo de luto) que se consideran normales, de lo que se juzga como anormal y no tan sano (Navarro, 1990).

Rojas (2006) señala que "las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo."

Navarro (1990), menciona que la depresión interfiere en gran medida con la creatividad y hace que disminuya el gusto por el trabajo, el estudio, las rutinas diarias y las actividades que antes disfrutaba. Igualmente, la depresión, dificulta las relaciones con los demás. En las depresiones de cierta severidad algunas personas se aíslan, llegan a comportarse indiferentes por casi todo y los pensamientos de suicidio son muy comunes.

Uno de los puntos centrales de la depresión, es la alteración desfavorable del clima emocional y la pobreza en el estado de alerta. También, son síntomas frecuentes la tensión, la ansiedad y los sentimientos de culpa. En general es un conjunto de sensaciones, vivencias y percepciones internas desagradables, dolorosas y paralizantes (Navarro, 1990).

Según Katz, la depresión es un conjunto de manifestaciones clínicas que se utiliza para designar una serie de alteraciones cognoscitivo-conductuales (episódicas o periódicas,

unipolares o bipolares, leves, moderadas o severas). Durante éstas, el individuo ya no tiene acceso a reforzamientos sociales o bien, éstos dejan de ser congruentes a sus respuestas o pierden su efectividad. Estas alteraciones van acompañadas por pensamientos automáticos depresivos, trastornos corporales y por la sensación de falta de energía y de pérdida de control sobre las situaciones. Además, como resultado final, se observa la disociación de las funciones cerebrales y la ausencia de comportamientos orientados al logro de objetivos (Navarro, 1990).

5.2 Evolución histórica del concepto.

A pesar de que el uso del término moderno de depresión se remonta a un cuarto de siglo, el cuadro depresivo en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía. Desde el siglo IV antes de cristo, Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas que hoy se llaman psiquiátricos se relacionaban con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales. Estos son: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. De tal forma, la melancolía era producida por un exceso de bilis negra o atrabilis (Calderón, 1999).

Más adelante, en el siglo V antes de Cristo, Hipócrates define el término melancolía, que bajo su criterio, consistiría en un exceso de bilis negra en la sangre que actuaría sobre el cuerpo y el alma del enfermo creando un estado caracterizado por la tristeza y el abatimiento. De este modo, quedaba identificado el trastorno depresivo o bien como lo diría Hipócrates “el humor negro” para definir la tristeza (Widlocher, 1986). Según Widlocher (1986), la explicación de la melancolía se inscribe en un sistema muy general que permite clasificar el conjunto de las enfermedades en función de las perturbaciones de los humores.

A Hipócrates se le pide que diagnostique a Demócrito. Según la información recopilada actualmente, Demócrito padeció en primer lugar una fase depresiva y posteriormente de la inactividad que acompaña a la depresión inicio una fase de hipertimia con actividad febril que a sus contemporáneos les pareció muy extraña, pero que más adelante lo ayudó a al conocimiento de la sintomatología de la depresión (Vallejo - Nágera, 2005).

La melancolía, para Areteo de Capadocia, es el comienzo de la manía y parte de ella (Calderón, 1999). Realiza la primera descripción exacta del mal. “Una afección sin fiebre en la cual la mente triste queda siempre fija en la misma idea y se adhiere a ella testarudamente. En un inicio es una especie de semi-manía. La diferencia que hay entre una enfermedad y otra

es que en la manía la mente se inclina ya a la tristeza, ya a la alegría, mientras que en la melancolía la mente permanece constantemente triste y abatida” (Widlocher, 1986). Los griegos observaron también la evolución en ciclos y que al finalizar las manifestaciones, a diferencia de otras formas de “locura” los melancólicos recuperaban por completo su personalidad normal (Calderón, 1999).

Soranos de Éfeso, resaltaba en su descripción del cuadro clínico, como manifestaciones principales de la melancolía: tristeza, deseos de morir, suspicacia acentuada, tendencia al llanto, irritabilidad y, en ocasiones, jovialidad (Calderón, 1999).

También se recoge bajo otras culturas la descripción de la depresión. En las sagradas escrituras, por ejemplo, hay varios relatos detallados de depresiones. Con las invasiones de los Bárbaros, desaparece la figura del sabio profano y es entonces cuando los eruditos y pensadores son casi todos religiosos. Como consecuencia de esto se da un nuevo enfoque, “espiritual” a la depresión. Para la valoración espiritual de la tristeza, síntoma dominante en las depresiones, los pensadores cristianos retoman las ideas de San Pablo, quien hablaba de dos formas de tristeza “la tristeza según Dios”, que es en esencia el arrepentimiento por haberle fallado y “la tristeza según el mundo” que es la que produce la muerte. Después de esto, la depresión se interpretaba como pecado (Vallejo-Nágera, 2005).

Ya en la edad media, filósofos destacados como Santo Tomas de Aquino, sostenían que la melancolía se producía por demonios e influencias astrales. Esta creencia se comenzó a abandonar en 1630, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado: “Anatomía de la melancolía”, obra que ayudó mucho a identificación de los estados depresivos (Calderón, 1999).

Durante el siglo XVII, la melancolía para Galeno es una enfermedad de la mente. Se da sin fiebre, con tristeza profunda y distanciamiento de las cosas más queridas. Es una aflicción sin medida. El subraya que es la bilis negra la que obra sobre el cerebro. Como hecho anecdótico, se decía que habría alimentos previamente cargados de tristeza y de temor y sería necesario cuidar a los enfermos haciéndoles tomar alimentos alegres, claros, jóvenes y tiernos (Widlocher, 1986).

Durante el siglo XIX, los avances del pensamiento médico se centran en Francia. Kahlbaum explica claramente la melancolía y la manía no como dos enfermedades independientes sino como dos fases opuestas de la misma. Por el carácter circular de la enfermedad la llama si es

grave, “*versania typica circularis*” y si es leve con prontas recuperaciones espontáneas “*ciclotimia*” (Vallejo-Nágera, 2005).

Philippe Pinel, a principios del Siglo XIX, indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente) y que la memoria y la asociación de ideas están generalmente perturbadas, pudiendo en ocasiones inducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló las de carácter psicológicas como: el miedo, los desengaños amorosos, la pérdida de propiedades, las dificultades familiares, etcétera y las físicas como la amenorrea y el puerperio (Calderón, 1999).

En 1809 Haslam, un boticario del hospital Behtlem en Londres escribió: “los que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas pueden tener diferente tipo de manifestaciones: semblante ansioso y con apariencia triste, poco dispuestos a hablar, se aíslan recluyéndose en lugares oscuros o permanecen en calma la mayor parte del tiempo. Después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías, recuerdan sus actos inmorales o se sienten culpables de crímenes que nunca han cometido. Con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia que les parece aflictiva y odiosa” (Calderón, 1999).

Kraepelin, en 1896, indico la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y la demencia precoz, llamada posteriormente esquizofrenia. Después, los estudios genéticos en psiquiatría llevaron a considerar a los síndromes depresivos como parte de la psicosis maniaco-depresiva, situación que prevaleció durante las tres primeras décadas del siglo XX. En consecuencia, el deprimido era calificado de psicótico aunque sus síntomas fueran muy leves (Calderón, 1999).

En el México prehispánico, cuando el médico indígena, en 1552, Martín de la Cruz hizo una descripción fue cuando éste cuadro fue considerado como un problema. Esta descripción se tituló: “*Libellus de Medicinalibus Indorum Herbis*”. Este trabajo se conserva en el Vaticano se conserva con el nombre de “remedio para la sangre negra”, término común en la Europa del siglo VI en el que se recomienda como tratamiento un conocimiento de yerbas y un jugo obtenido de flores de buen olor. Así, el reconocimiento de la melancolía y su clasificación dentro de un grupo de enfermedades como el de la epilepsia, indican un alto grado de adelanto en la medicina azteca (Calderón, 1999).

5.3 Clasificación de la depresión.

La CIE-10 (1992), clasifica la depresión mayor dentro los trastornos del humor o afectivos (F30- F39). La categoría F32 incluye el episodio depresivo y la F33 la de trastorno depresivo recurrente, y la primera se subdivide a su vez en (Tabla 4):

Tabla 4: *Clasificación de la ansiedad según DSM-IV.*

CIE- 10	Trastorno (según DSM-IV)
F32.0	Episodio depresivo leve
F32.1	Episodio depresivo moderado
F32.2	Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
F32.3	Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
F32.8	Otros episodios depresivos
F32.9	Episodio depresivo, no especificado

NOTA: Se presenta al clasificación de la ansiedad según *DSM-IV* y la correspondiente codificación *CIE- 10*. Fuente: Clasificación según Organización Mundial de la Salud (1992).

En cualquiera de los casos, el episodio depresivo debe tener una duración de al menos dos semanas y siempre deben estar presentes como mínimo dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión (Tabla 5):

- ✓ Ánimo depresivo.
- ✓ Pérdida de interés y de la capacidad para disfrutar.
- ✓ Aumento de la fatigabilidad.

Tabla 5: *Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10.*

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas
B. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a un trastorno mental orgánico
C. Síndrome somático: se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características: <ol style="list-style-type: none">1. Pérdida importante de interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras2. Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan respuesta3. Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual4. Empeoramiento matutino del humor depresivo5. Presencia de enlentecimiento motor o agitación6. Pérdida marcada del apetito7. Pérdida de peso de al menos 5% en el último mes8. Notable disminución del interés sexual

NOTA: Enumeración de criterios para el reconocimiento o diagnóstico de un episodio depresivo según la OMS. Fuente: Organización Mundial de la Salud (1992).

5.4 Diferencias entre ansiedad y depresión.

En general es de gran interés para los investigadores hacer hincapié en las deficiencias 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 et al., 1980).

En los últimos años se ha producido un cambio en esta situación, y, principalmente desde posiciones cognitivo-conductuales, se han desarrollado vanas teorías que pretenden explicar de forma integrada tanto la depresión como la ansiedad. Cabe mencionar la teoría de la indefensión/desesperanza (Alloy et al., 1990), la teoría de la pérdida del objeto de apego

(Bowlby, 1969; 1973; 1980), el modelo de redes asociativas de las relaciones entre emoción y cognición (Bower, 1981), la teoría de las autodiscrepancias (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 et al., 1979; Beck y Emery, 1985; Beck, 1987).

Dentro de la teoría cognitiva de Beck, su premisa básica es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Según esto, 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.

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

Por lo tanto, en la teoría cognitiva de Beck, 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.), 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.

6. COMPARACIÓN DEL BURNOUT CON OTROS ESTADOS.

Como hemos mencionado anteriormente, el Síndrome de Burnout presenta limitaciones conceptuales, a continuación se pretende esclarecer, describiendo las diferencias del Síndrome de Burnout con otros constructos próximos que en la experiencia empírica aparecen fronterizos, como la ansiedad, la depresión y el afecto negativo.

De acuerdo a Maslach (2001), el Burnout como consecuencia del estrés tiene implicaciones negativas sobre la salud. Desde otra perspectiva, más que desde la enfermedad mental, el Burnout es considerado como una causa de disfunción mental, en la medida que precipita efectos negativos. En este sentido, encontramos una diversidad de síntomas que le acompañan de reacciones fisiológicas, comportamentales y cambios en los estados psicológicos, con consecuencias o alteraciones más o menos permanentes sobre la salud. Entre los síntomas destacan (Párraga 2005):

- ✓ Síntomas emocionales: indefensión, sentimientos de fracaso, desesperanza, irritabilidad, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, y supresión de síntomas.
- ✓ Síntomas cognitivos: desaparición de expectativas, modificación de autoconcepto, desorientación cognitiva, distracción, cinismo, pérdida de la autoestima, del significado, de los valores y de la creatividad.
- ✓ Síntomas conductuales: evitación de responsabilidad, ausentismo e intención de abandonar las responsabilidades, desvalorización, autosabotaje, desvalorización del propio trabajo, conductas inadaptativas, desorganización, sobre implicación, evitación de decisiones, aumento del consumo de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.
- ✓ Síntomas sociales: aislamiento, evitación de contacto y profesional, conflictos interpersonales, malhumor, formación de grupos críticos.
- ✓ Síntomas en la salud física: cefaleas, síntomas osteomusculares especialmente dorsales, quejas psicósomáticas, pérdida del apetito, cambio del peso corporal, dificultades sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales.

6.1 Burnout y ansiedad.

De manera general podríamos afirmar que 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. Por el contrario, el síndrome de estrés postraumático se produce como respuesta a una vivencia angustiosa abrumadora, y ocasiona reacciones debilitantes que duran más de un mes. Reacciones que 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 et al., 1997),(ver Tabla 6).

Tanto los trastornos por ansiedad, 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).

Sobre la incidencia y prevalencia de los trastornos por ansiedad en el lugar de trabajo, son pocos los datos que constan. 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 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. Dentro del 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).

TABLA 6: *Características clínicas generales de los trastornos de ansiedad, depresión y el síndrome de burnout.*

	BURNOUT	ANSIEDAD	DEPRESION
DEFINICIÓN	Estrés crónico y severo el que se traduce en que la vivencia que experimenta el trabajador, docente y los estudiantes frente a las actividades se derivan de la interacción de factores son propios de la institución u organización.	Estado de ánimo transitorio o estable caracterizado por tristeza, pérdida del interés o placer durante la mayor parte del día casi a diario.	Estado de reacción emocional que el consiste en sentimiento de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, acompañado de activación, o descarga del sistema nervioso Autónomo.
CARACTERISTICAS	Agotamiento físico y mental, actitud de autos abotaje e indiferencia frente a las actividades y compromisos. Percepción de baja autoeficacia.	Bajo afecto positivo evidenciado por los siguientes síntomas: Tristeza, anhedonía, desesperanza, pérdida del interés, apatía, ideación suicida, baja activación simpática alteraciones del sueño, apetito, sentimiento de inutilidad.	Hiperactividad fisiológica evidenciada por: miedo, pánico, nerviosismo, evitación, inestabilidad, alta activación simpática, tensión muscular, hipervigilancia, percepción de amenaza/peligro.
TEORIAS DESDE PERSPECTIVAS COGNITIVAS	Percepción del individuo de ser incompetente para hacer frente a los eventos propios de la organización o institución.	Visión negativa del yo, del mundo y del futuro, prevaleciendo cogniciones centradas en la pérdida. Predomina la información negativa autorreferente y minimización del material positivo.	Cogniciones centradas en la percepción de amenaza y de peligro anticipatorio e ilógico, con una exageración de la vulnerabilidad propia.
FACTORES DE PREDISPOSICIÓN	Interacción de factores que son propios de la institución u organización y del individuo, dado por las demandas (institución) y por la percepción de ineficacia y por el fracaso de las estrategias de afrontamiento (individuo) frente a los eventos estresantes.	Interacción de factores neuroquímicos, genéticos, ambientales y psicológicos dado por una configuración cognitiva centrada en la pérdida que vulnera al sujeto a percibir de manera negativas los acontecimientos.	Interacción de factores neuroquímicos, genéticos, ambientales y psicológicos dados por una configuración cognitiva centrada en la percepción de peligro y amenaza.

NOTA: Se toman las características clínicas para poder observar las características comunes entre los trastornos de ansiedad, depresión y el síndrome de burnout. Entre los trastornos de ansiedad y depresión se encuentran síntomas comunes al burnout, como la percepción de indefensión y una alta presencia de afecto negativo, caracterizado por irritabilidad, preocupación, baja concentración, insomnio, agitación psicomotora, llanto, sentimiento de inferioridad, culpa y baja autoestima (Agudelo, Buela y Spielberger 2007; Sierra, Ortega y Zubeidat 2003; Belloch, Sandy y Ramos, 1998). Con el apoyo del DSM IV-R se establecen criterios más claros para definir los límites conceptuales entre ellos.

6.2 Burnout y depresión.

Existen numerosas investigaciones que confirman de manera generalizada la elevada correlación existente entre Burnout y depresión, quienes observaban en sus estudios posibilidad de que exista un solapamiento entre los constructos Burnout y depresión. De manera probable esta confusión entre los constructos se deba a la sintomatología que ambos conceptos comparten: indefensión, vacío, tristeza, etc. (Oswin, 1978; Maher, 1983; Firth et al., 1986).

El Burnout y la depresión no son constructos iguales pero los dos presentan cierta relación compleja y multidireccional, pudiéndose evidenciar, al igual que comparten criterios diagnósticos y en ocasiones pueden coexistir, (ver Tabla 7). De tal manera que el Burnout puede contribuir al desarrollo de la depresión (Maslach, 1982) y a su vez la depresión puede contribuir al desarrollo del Síndrome de Burnout (Glass, McKnight y Val-dimarsdottir, 1993). De la misma manera, podemos encontrar que personas con predisposición depresiva (historial personal y familiares depresivos) presentan mayores probabilidades de desarrollar el Síndrome de Burnout (Nyklicek, 2005).

Por su parte, Leiter y Durup (1994) llegan a la conclusión que el Burnout y la depresión son dos fenómenos que comparten aspectos propios de la sintomatología, pero los patrones de desarrollo y su etiología son claramente dispares.

Por otro lado, Pines, Aronson y Kafry (1981) han constatado que el Burnout se manifiesta como un fenómeno social, mientras que el constructo depresión se muestra como fenómeno clínico y particular de la persona (individual) y es esta circunstancia la que les diferencia y en consecuencia determina constructos distintos. Brown (1987) destaca, en la misma línea, la dimensión social (organizacional) característica del Burnout que resulta determinante para su diferenciación de otros constructos. De tal manera, este autor al definir el Burnout pone relevancia no sólo el sufrimiento del trabajador, sino también su efecto en los clientes y en la propia organización. Es por tanto que el Burnout es manifiesta como un fenómeno temporal y específico del ámbito laboral, mientras que la depresión se revela con síntomas de bajo estado de ánimo generalizado, circunstancia que refleja la diferenciación de ambos constructos (Guerrero y Vicente, 2001). Por lo tanto se puede comprender que el Burnout está originado y se manifiesta en el ámbito laboral, y que puede manifestar síntomas depresivos en el trabajo. Mientras que la depresión responde a un trastorno psicopatológico complejo que se manifiesta en el individuo en todos sus ámbitos (laboral, familiar y personal). Por ello se puede entender que una de las diferencias que hay entre la depresión y el Burnout es que el este segundo

aparece asociado en su origen al ámbito laboral y a situaciones específicas y presenta una sintomatología temporal. Mientras que la depresión se manifiesta en otros ámbitos (personales, sociales y/o familiares), mostrando una sintomatología más profunda y generalizada.

Para Mingote (1998) el Burnout y la depresión son dos constructos que se manifiestan desde la dimensión psicopatológica de manera distinta, pero también se ha observado en ocasiones cierto solapamiento o asociación entre ambos fenómenos. En esta línea de trabajo se han identificado casos en los que sujetos con niveles graves de Burnout desarrollaban depresión. Datos que parecen evidenciar que cuanto más severo sea el Burnout que se padece, más probabilidad hay de desarrollar un trastorno de depresión, manifestándose ambos como síndromes independientes (Lacovides et al., 2003).

Es para Glass y McKnight (1996) que la diferenciación de ambos fenómenos aunque evidenciaban la manifestación de algunos rasgos en común. Por ello, los individuos con Burnout se perciben con más vitalidad que los depresivos y están más predispuestos a ver las cosas negativas en los otros y no tanto en sí mismos.

Otros autores, observaban que sólo en trabajadores con niveles graves de Burnout aparecía ideación suicida y a su vez coincidía con una depresión concurrente (Brenninkmeyer et al., 2001).

TABLA 7: *Diferenciación entre Depresión y Burnout.*

DEPRESIÓN	SINDRÓME BURNOUT
Manifestación de un fenómeno clínico e individual	Manifestación de un fenómeno social laboral
Reacción para preservar la energía física	Pérdida de ideales de referencias o vocacionales
Síntomas de bajo estado de ánimo generalizado	Fenómeno específico del ámbito laboral
Trastorno psicopatológico complejo que se manifiesta en todos los ámbitos (laboral, familiar y personal)	Origen y manifestación en el ámbito laboral
Sintomatología profunda y generalizada	Sintomatología temporal
Menos vitalidad	Más vitalidad
Predisposición a ver las cosas negativas en uno mismos	Predisposición a ver las cosas negativas en los otros
Etiología muy diversa: situaciones interpersonales, duelo, etc.	Etiología del ámbito exclusivo laboral
Aparición relacionada, reactiva a una situación aguda	Aparición de manera gradual y con apariencia inofensiva
Síntoma característico: estado de tristeza	Síntoma característico: cansancio emocional

NOTA: Descripción de los puntos donde se recogen las diferencias más significativas entre el Burnout y la Depresión. Fuente: (Oswin, 1978; Pines, Aronson y Kafry, 1981; Maslach, 1982; Maher, 1983; Firth et al., 1986; Brown, 1987; Glass, McKnight y Val-dimarsdottir, 1993; Leiter y Durup, 1994; Glass y McKnight, 1996; Mingote, 1998; Brenninkmeyer et al., 2001; Guerrero y Vicente, 2001; Lacovides et al., 2003; Nyklicek, 2005).

6.3 Burnout y afecto negativo.

La predisposición de una persona a tener una percepción más negativa de sí misma y del mundo que le rodea es lo que se conoce como la afectividad negativa. Por lo tanto, los factores psicosociales adquieren un peso y una dimensión más hostil para los individuos con niveles altos en “afecto negativo”.

Por lo que Watson (1988); Watson y Pennebaker (1989) describían que el “afecto negativo” actúa como rasgo de “distrés somatopsíquico”.

Si entendemos el afecto negativo como una de las dimensiones principales del afecto podríamos conceptualizarlo como una disposición personal de la emocionalidad con cierta estabilidad o bien podríamos también considerarlo como un estado afectivo (Sandín et al., 1999).

La “afectividad negativa” es conceptualizada como una disposición personal de la emotividad negativa con manifiesta permanencia temporal, aunque este se manifiesta de manera generalizada en todos los, ámbitos de la vida del individuo, diferenciándose del constructo Burnout en el sentido que éste se muestra como un fenómeno temporal, específico del ámbito laboral.

7. AFECTO.

El afecto definido por Vázquez (2009) como “*las experiencias anímicas y emocionales que experimentamos y que nos informan sobre la marcha de nuestras vidas*”.

Término que implica otros procesos, no siendo nada preciso, como las preferencias, estado de ánimo y emociones alude, es decir, un fenómeno genérico e inespecífico (Fernández-Dols, 1994). Su significado, parece hacer énfasis en la palabra preferencia, en el sentido que informa al propio individuo de las situaciones que tienen un mayor valor para él y aporta a la experiencia el carácter emocional (Motó, 1995).

Anterior a definición previa para Russell y Feldman-Barret (1999) el concepto de afecto básico entendido como el “*sentimiento afectivo más elemental de entre todos los accesibles a la conciencia*”. Para ellos, el concepto de afecto básico equivaldría a lo que Thayer (1989) llama activación, lo que Watson y Tellegen (1985) llamaron afecto y lo que Morris (1989) denominó como estado de ánimo.

Partiendo de la multidimensionalidad y bipolaridad del constructo, son los primeros inicios del estudio del afecto. Se trata de consensuar el número de factores que definen la estructura básica del afecto y la naturaleza de las dimensiones. Hay multitud de estudios que defienden distintas perspectivas (Cifre, 1999).

Russell (1979) pionero en describir la bipolaridad del espacio afectivo, analizando los componentes principales del afecto, obtuvo que presentaba una estructura bifactorial bipolar, formada por factores que recogió bajo el nombre de “placer y displacer” y “grado de activación”. Russell matizó que el resto de las escalas se encontrarían alrededor del espacio definido por estos factores. Siguiendo con su estudio y profundizando en la estructura del afecto, un año más tarde, Russell (1980) desarrolló su modelo circunflejo de la teoría del afecto, (ver figura 3) partía de la premisa de que este modelo se empleaba tanto en la categorización de la experiencia interna como en la externa. La primera equivale a la manera en la que se realiza una introspección e interpretación del propio afecto y la segunda se refiere a la forma en la que valoramos e interpretamos el entorno. Como visión general, Russell determinó que el modelo empleado dejaba sin explicar un porcentaje elevado de la varianza relativo a la experiencia interna, por lo que se cuestionaba por primera vez el modelo utilizado. Más tarde, las investigaciones relativas a la estructura del afecto, continuaron por dos caminos, por un lado estaba la representación cognitiva del afecto, la bipolaridad y la

bidimensionalidad y por el otro existe una falta de consenso respecto al número y tipo de factores necesarios para explicar esta estructura.

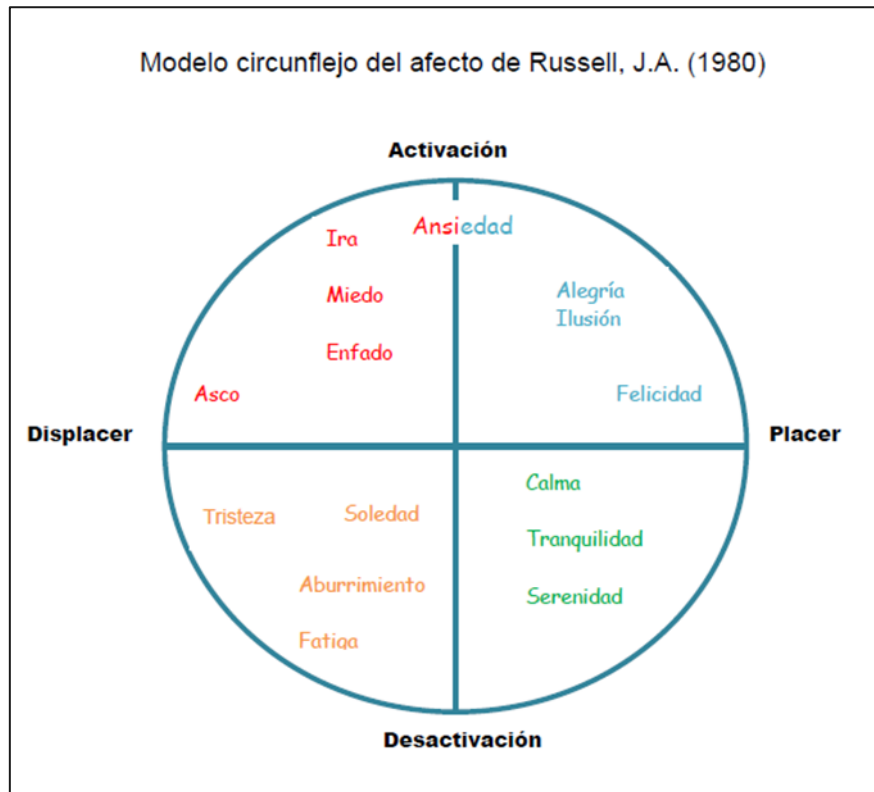


FIGURA 3: *Modelo circunflejo del afecto por Russell, J.A (1980).*

Para Bradburn (1969) existían dos componentes independientes del afecto en general; el afecto positivo y el afecto negativo. Son los hallazgos de Warr, Barter y Brownbridge (1983) los que formularon una nueva explicación distinguiendo entre la frecuencia y la intensidad de los afectos. Por último, Watson y Tellegen (1985) propusieron su modelo construido a partir de la línea propuesta por Bradburn (1969), oponiéndose a los modelos multidimensionales, apoyan la teoría de dos dimensiones existentes del afecto, el positivo y el negativo. Además estos autores también presentan una alternativa al modelo circunflejo de la estructura del afecto presentado por Russell (1980).

7.1 Modelo del Afecto.

Según el modelo bifactorial propuesto por Watson y Tellegen, ambos factores (afecto positivo y afecto negativo) no representan dimensiones con alta correlación negativa entre sí, sino más bien constituyen dos dimensiones independientes del afecto. Son interpretadas como dos dimensiones independientes y monopulares y no como extremos opuestos de un continuo bipolar. De tal manera cada dimensión fluctúa desde bajo a alto afecto bien positivo o bien negativo y la presencia o ausencia de un afecto no viene definido por la presencia o ausencia del otro. Definen al afecto de forma bifactorial (por la existencia de adjetivos positivos y negativos que la describen) y monopolar por la independencia de las dimensiones (Watson y Tellegen, 1985).

El Afecto Positivo (AP) constituye la dimensión de emocionalidad positiva, energía, afiliación y dominio, reflejando el grado de entusiasmo por la vida. De tal manera, las personas con alto afecto positivo experimentan sentimientos de satisfacción, gusto, entusiasmo, unión, afirmación y confianza. Por el contrario, las personas con bajo afecto positivo tienden a manifestar desinterés, aburrimiento, predominando la tristeza y el letargo (Clark, Watson y Mineka, 1994).

De tal manera, el Afecto Negativo (AN) representa la dimensión de la sensibilidad frente a estímulos negativos. Se caracteriza por sensaciones de estados emocionales aversivos (nerviosismo, miedo, disgusto, culpa e ira). Cuando nos encontramos con un alto afecto negativo se ha relacionado con experiencias de sentimientos negativos como miedo o ansiedad, tristeza o depresión, culpa, hostilidad e insatisfacción, por actitudes negativas y pesimismo, también por problemas o quejas somáticas y finalmente por insatisfacción y apreciación negativa de sí mismo y de los demás (Robles y Paez, 2003).

7.2 Afecto Positivo.

Las investigaciones realizadas en lo referente a la toma de decisiones sobre el efecto de los estados de ánimo han mostrado de forma consistente que el afecto positivo predice mayores niveles de creatividad, innovación y una mayor flexibilidad cognitiva (Isen, 1999; 2000).

Forgas (1995), propuso el modelo de Infusión del afecto con la intención de mostrar la influencia del afecto sobre las estrategias de procesamiento cognitivo. Este autor mantiene en este modelo que la naturaleza y la extensión de la influencia del afecto dependen de la clase de

estrategia de procesamiento que se adopte en la realización de una tarea. Un ejemplo de ello es que los estados emocionales positivos nos inclinan a utilizar un estilo de procesamiento centrado en nuestro esquema de procesamiento previo, es decir, el estilo de procesamiento no cuestiona la información que se presenta y es poco crítico. Por el contrario, las emociones negativas nos alertan de que algo no funciona o no es correcto y promueven un análisis de la situación (Fernández- Abascal et al., 2003).

Por lo tanto, estos resultados, aplicados al ámbito de los estudios o de las organizaciones conllevan que los estados de ánimo positivos: mejoran el rendimiento de las tareas, aumentan la satisfacción con el trabajo, facilitan la cooperación con otros miembros de grupo y las negociaciones y provocan mejores evaluaciones cuando se es sometido a una entrevista.

7.3 Afecto Negativo.

Referente a los efectos del estado de ánimo negativo podríamos decir que son más confusos que los positivos puesto que, las personas con estados de ánimo negativos desean frecuentemente cambiarlos por los positivos, comportándose de forma inconsciente con su estado emocional. Por el contrario, aquellas personas con estados de ánimo positivos tratan de mantenerlos el máximo tiempo posible.

En general, los estados de ánimo negativos pueden provocar efectos perjudiciales como: menos satisfacción con el trabajo o con el estudio y más negativo en su evaluación con los demás, es decir, peores apreciaciones sobre el rendimiento académico o laboral.

Los estados de ánimo negativos, en cambio, pueden producir un procesamiento de la información más sistemático, profundo y realista mostrando que las emociones positivas no siempre se asocian con una mejor ejecución. En concreto, las personas con estado de ánimo negativo rechazan los estereotipos y es difícil que sean convencidos por argumentos débiles o superficiales (Fernández-Abascal et al., 2003).

8. PERSONALIDAD.

Aunque el constructo de personalidad es empleado con múltiples acepciones, la mayor parte de las definiciones coinciden en que se refiere a las tendencias estables de una persona a comportarse de una forma determinada en diferentes situaciones (Del Barrio, 1992).

8.1 Perspectiva histórica de la personalidad.

Alrededor de un siglo antes de Cristo es desde que fijamos el estudio de la personalidad; desde entonces los Griegos se interesaron por personificar diferentes papeles en el drama de dicha cultura, utilizando máscaras que cubrían sus rostros; de esta manera les era posible representar distintos estilos de vida diferentes a los propios, sin dejar de ser ellos mismos. De esta manera, asumían diferentes personalidades dentro de una misma persona, por lo cual el concepto personalidad se origina del término persona. Más tarde, Cicerón (106-43, citado por Cerdá, 1985) definió el término personalidad, enfocándose desde cuatro diferentes significados: a) la forma en cómo un individuo aparece frente a las demás personas; b) el papel que una persona desempeña en la vida; c) un conjunto de cualidades que comprenden al individuo; y d) como sinónimo de prestigio y dignidad, mediante el cual se asignaba el término persona de acuerdo con el nivel social al que se perteneciera.

Estos cuatro enfoques que se le dieron históricamente al concepto de personalidad están relacionados en gran medida con lo anterior, ya que se relaciona con las características de personalidad que se pueden evidenciar en una persona, debido a que en un comienzo se parte de la observación, es decir, la parte externa o superficial de un individuo (máscara) hasta llegar a tener la capacidad de identificar las características internas del otro.

En esta misma época clásica, se dio un auge en la cantidad de significados del concepto de personalidad; según Cerdá (1985) uno de estos conceptos está adherido a la Santísima Trinidad, entendido como algo sustancial y no asumido, es decir, que no se construye sino que se encuentra en sí mismo, hace parte de su esencia. Por otra parte, en la filosofía medieval se fue perfilando el concepto y de igual manera se involucraron de manera novedosa aspectos éticos y distintivos del individuo, lo que permitió incluir una mayor cantidad de elementos característicos de la persona y no solo aspectos generales.

Con todo lo anterior, los primeros teólogos relacionaron los términos persona y esencia, por lo cual Boecio en el siglo VI sintetizó estos dos conceptos para dar origen al término de personalidad, con el que se define a la persona como una sustancia individual, racional y natural. Es ahora cuando se incluye el atributo de la racionalidad, dando así origen a un gran ramillete de definiciones filosóficas, en donde principalmente se encuentra a Santo Tomás de Aquino, quien exalta al individuo por encima de la realidad, pues pensaba que nada podía ser superior a la realidad que el ser posee (Allport, 1970a).

En el campo legal también se ha hecho mención a este concepto, puesto que no se consideraba persona a alguien que fuera esclavo, es decir, se conocía su existencia pero esta no tendría dignidad y autoridad sobre sí misma. Surgieron así varias contradicciones, pues los cristianos moralistas insistían que todo hombre era una persona, independientemente de sus oficios, cualidades o actitudes (Allport, 1970b). Por otro lado, en el ámbito social se puede decir que la personalidad es el resultado o reflejo de un sinnúmero de características pertenecientes a la base social en la cual se encuentra inmersa una persona, puesto que todo lo que ocurre en el contexto puede afectar o beneficiar a esta; además la personalidad se puede configurar a partir de las exigencias, demandas y estímulos que ponen a prueba sus características individuales, que le permiten desempeñarse en la comunidad.

8.2 Definición de personalidad.

El concepto de personalidad ha sido definido de diferentes maneras a lo largo de los últimos 2000 años. Ante la multiplicidad de enfoques en lo relativo a su definición, se ha dificultado la posibilidad de establecer un consenso, hasta el punto de que se ha llegado a sostener que existen tantas definiciones de la personalidad como autores han escrito sobre el tema (Pervin, 1996).

Por lo que, a continuación, mencionaremos algunas de las definiciones que se han dado de ella:

Partimos definiendo el concepto de personalidad según la Real Academia Española de la Lengua (2014) que define a la personalidad como la diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra, también como el conjunto de características o cualidades individuales que destacan en algunas personas.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-V), define el término rasgos de personalidad como “patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales. Constituyéndose así la personalidad: la identidad personal ante uno mismo y ante los demás”. (American Psychiatric Association (APA), 2013).

Etimológicamente, la palabra personalidad se deriva de la expresión latina "persona", que procede a su vez del griego y que significa: mirada, aspecto exterior, apariencia, imagen percibida por los demás, máscara, vestimenta alrededor del cuerpo y todo aquello que sirve para arreglarse con el fin de mostrarse en público y que encuentra en el mundo del teatro su aplicación principal.

Allport (1937), define la personalidad como *"una organización dinámica dentro del individuo, de esos sistemas psicofisiológicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente"*. O *"la personalidad es un sistema....definido simplemente como un complejo de elementos en interacción mutua"*(1961). Una de las definiciones que han resistido más a lo largo del tiempo es la de Allport.

Para Linton (1945): "la personalidad es una configuración de tipo único...es el agregado de procesos y estados psicológicos del individuo".

Eysenck (1947), la definía como *"La suma total de patrones de conducta actuales o potenciales de un organismo, en tanto que determinados por la herencia y el ambiente; se organiza y desarrolla mediante la interacción funcional de los cuatro sectores principales en los que tales patrones de conducta están organizados: el sector cognitivo (inteligencia), el sector conativo (carácter), el sector afectivo (temperamento) y el sector somático (constitución)"*.

Guilford (1959) definiría la personalidad como *"...cada personalidad es única...La personalidad de un individuo es su patrón único de rasgos"*, enfatizando el carácter distintivo de la personalidad. Sin embargo, Lundin (1961), enfatiza el ajuste de la persona al entorno, ya que este autor señala que *"el estudio de la personalidad puede ser considerado como una rama del área general del aprendizaje, que investiga especialmente, los procesos que tienen relevancia para el ajuste humano"*

Según Watson (1960), la personalidad es *" la suma de las actividades que pueden descubrirse por observación de la conducta de un individuo durante un lapso de tiempo suficiente para arrojar una información fiable."*

Pinillos (1975), dice que *“La personalidad representa la estructura intermedia que la psicología necesita interponer entre la estimulación del medio y la conducta con que los sujetos responden a ella, justamente para dar razón del modo individualizado en que lo hacen”*.

La persona, es el término que designa al individuo como humano concreto y personalidad, una construcción científica, de la manera de ser y de funcionar que caracteriza al organismo psicofisiológico, al cual denominamos persona humana (Nuttin, 1983).

Ibáñez (1986) afirma que *“...el concepto de personalidad tiene que sustentarse en el estudio y análisis de (las) personas, pero no como pertenecientes a un grupo, clase socio-cultural, etnia, etc. sino como individuos únicos y, por tanto, no como distintos entre sí sino con unas características o atributos especiales; en resumen, la psicología de la personalidad debe ser el estudio de la unicidad e identidad personal, si es que eso es posible”*.

Sherman (1989), piensa que la personalidad es la conducta característica de un individuo y Schoen (1940), advierte que si todos los miembros de un grupo social actuaran de igual modo, pensarán lo mismo y sintieran de forma idéntica, la personalidad no existiría. La personalidad por lo tanto, según esto, consistiría en lo propio del comportamiento de cada cual, aspecto en el que también insiste Allport.

Costa y McCrae (1994), tomando referencia de la definición de Allport (1961) y elementos comunes de muchas definiciones de personalidad, definirá la personalidad como: *“la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su forma característica de pensar y comportarse”*, consideran que en una definición de personalidad deben estar presentes los siguientes aspectos (los tres primeros derivarían de la definición de Allport): a) Una organización dinámica o conjunto de procesos que integran el flujo de la experiencia y de la conducta; b) Sistemas psicofísicos, que representan tendencias y capacidades básicas del individuo; c) Forma característica de pensar y comportarse, como hábitos, actitudes, o en general, adaptación peculiar del individuo a su entorno; d) Influencias externas, incluyendo tanto la situación inmediata como las influencias sociales, culturales e históricas; e) La bibliografía objetiva, o cada acontecimiento significativo en la vida; f) El autoconcepto, o el sentido del individuo de quién es él.

Se representa a partir de estos elementos un modelo de personalidad donde se incluyen las disposiciones personales, innatas o adquiridas, que pueden ser o no cambiables o modificables con la experiencia a lo largo del ciclo vital, como los rasgos (extraversión, tesón, neuroticismo...), la orientación sexual, la inteligencia, o las habilidades artísticas.

Sánchez-Bernardos y Avia (1995) la definió como: *"un sistema integrado de naturaleza intrapsíquica que abarca procesos generales, conscientes e inconscientes, que tienen lugar en el adulto normal, una de cuyas expresiones, pero no la única, son las diferencias individuales...la personalidad se puede entender también como un estímulo para los otros (de ahí el manejo de impresiones y las estrategias de autopresentación"*. En el mismo año, Revelle (1995) afirmó: *"Una persona no sólo es la simple combinación de valores universales de la naturaleza humana o específicos de dos, tres, cinco o incluso diez dimensiones de rasgos independientes. Una persona es también un procesador dinámico de información cuyas memorias y estructuras perceptuales únicas llevan a una firma única cognitiva, afectiva y conductual"*.

Ya partir del año 2000, la personalidad sería definida por los distintos autores dentro de su correspondiente teoría como por ejemplo (Barembaum y Winter, 2003), entre los cuales destaca su teoría genética de la personalidad (Penke, Denissen y Miller, 2007), la teoría psicodinámica (Carver y Scheier, 2004), la teoría comportamental, (Phelps, 2000), la humanista (Snygg y Combs, 1949), o la biopsicosocial y la teoría de rasgos (Santrock, 2008).

8.3 Teorías de la personalidad.

Existen diferentes teorías, que son instrumento que ayudan a pensar sobre la naturaleza y funcionamiento de la personalidad. Pervin (1984) distingue siete teorías de la personalidad:

1. Teoría psicodinámica, psicoanalítica o freudiana, interpretación de la conducta como resultado de la interacción, la lucha y los compromisos que se juegan entre los motivos, impulsos, necesidades y conflictos.
2. Teoría fenomenológica de Rogers, focalizada en la persona, que enfatiza el mundo fenomenológico del individuo, refiriéndose a cómo las personas se perciben y experimentan a sí mismos y a su mundo.
3. Teoría cognitiva o personal de constructos de Kelly, que se refiere a cómo el individuo percibe, interpreta y conceptualiza los eventos y el medio ambiente; considera a la persona como un científico que desarrolla una teoría o sistema de constructos para predecir los eventos.
4. Aproximaciones conductuales, que comparten la teoría de que la conducta de los seres humanos es aprendida y que su meta es identificar y manipular las variables medioambientales que controlan dicha conducta.

5. Teoría del aprendizaje social de Bandura y Mischel, que enfoca su atención en las condiciones que afectan la adquisición, ejecución y mantenimiento de la conducta, poniendo especial énfasis en el aprendizaje observacional o modelamiento.
6. Teoría del procesamiento de la información, se centra en la una analogía entre el comportamiento de las personas y las computadoras en el modo en que las personas reciben, seleccionan, codifican, perciben, almacenan, recuerdan, interpretan y recuperan la información.
7. Teoría de los rasgos, con sus tres vertientes: Allport, Eysenck y Cattell, donde se identifican las dimensiones básicas de la conducta estableciendo como unidad conceptual al rasgo, el cual es concebido como una amplia disposición a comportarse de un modo particular.

Richaud de Minzi (2004) exponen que las teorías de personalidad pioneras y más difundidas son las del rasgo.

8.3.1 Teoría de los rasgos.

Hablar de personalidad es referirse a rasgos, Allport (1974) los define como predisposiciones a responder, de manera igual o similar, a diferentes estímulos, como formas congruentes y duraderas de reaccionar al ambiente. Los rasgos son formas estables del comportamiento, tendencias a actuar de manera relativamente consistente y son permanentes a lo largo de la vida. (Romero, 2005). Dentro del campo de la Psicología de la Personalidad, el concepto rasgo, ha sido utilizado ampliamente para referir a patrones comportamentales o disposiciones hacia ciertos estilos de conducta relativamente amplios, estables y consistentes temporal, situacional y culturalmente (Moreno Jiménez, 2007; Winter et al., 1998).

Castro Solano (2005) comenta que varios autores se han apoyado en unidades básicas de análisis de rasgos para construir sus modelos teóricos, por lo que supone:

La existencia de tendencias latentes que predisponen a las personas a comportarse de un modo determinado.

- ✓ Que los rasgos son responsables de las diferencias de conducta entre los individuos. Son constructos teóricos que explican y que predicen la conducta humana.

- ✓ Que la relación entre rasgos y conducta efectiva es probabilística. A mayor predominancia del rasgo, mayor fuerza en la conducta.
- ✓ Que la consistencia es relativa. Si bien la conducta varía en función de la situación, está mayormente influida por los rasgos.

Las primeras menciones historias para la investigación y la teoría de los rasgos fueron por las diferencias en las capacidades intelectuales. La inteligencia, considerada el prototipo de los demás rasgos de personalidad, aunque luego se entendería por rasgos de personalidad aquellas facetas de la personalidad, que no son precisamente de inteligencia.

La capacidad y aptitudes intelectuales fueron conceptualizadas como cualidad de la persona y se postularon otras cualidades como el neuroticismo, la extraversión, entre otros, siendo estas cualidades relacionadas con los sentimientos y las emociones, con la motivación y el comportamiento social (Fierro, 1998).

A partir de los rasgos se pretenden dar a conocer el por qué personas distintas, ante un mismo estímulo o situación, reaccionan de manera diferente. De ahí que, la diversidad comportamental no sólo le es atribuida a la estimulación, a la situación externa, sino que se le atribuye al propio sujeto, cualidades internas suyas, es decir, los rasgos (Fierro, 1998).

Un rasgo además de ser un patrón de conducta, es también una tendencia, disposición a comportarse de determinada manera. Por lo que es el individuo y no sólo su comportamiento el que es inteligente, introvertido, extrovertido, cooperador, agresivo, estable, inestable emocionalmente. Agrega Fierro que, tomando este postulado básico de las concepciones de los rasgos, es que han surgido numerosas investigaciones al respecto que derivaron en diferentes modelos de personalidad. Buscando trascender una mera lista de rasgos, se buscó llegar a establecer un repertorio de factores necesarios y suficientes para dar cuenta de la variabilidad interindividual de la conducta.

Cabe mencionar, puesto que es relevante para nuestro estudio, autores como Eysenck y Cattell. Para éste último son 16 los factores de personalidad. Por su parte, Eysenck ofrece una configuración jerárquica de los tipos concebidos como dimensiones continuas y no como categorías, la varianza interindividual estaba dada por tres tipos: Introversión (extraversión), Neuroticismo (estabilidad emocional) y Psicoticismo a lo que añade un factor de inteligencia general. Su modelo se caracteriza además por otorgarle peso a las determinaciones biológicas en la constitución de los rasgos básicos de las personas.

Ambos autores coincidieron no sólo en teorizar rasgos concretos sino también en presentar una taxonomía exhaustiva de los rasgos o factores básicos de la personalidad que dan cuenta de la varianza en el comportamiento de los sujetos debida a las diferencias individuales (Fierro, 1996).

8.3.2 Teoría de Eysenck.

Hans Eysenck, jefe del Departamento de Psicología del Hospital Maudsley de Londres, desde el principio se mostró un acérrimo detractor del psicoanálisis por su dificultad de aplicación en el campo de la investigación rigurosa.

Define la personalidad como *"una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema más o menos estable y duradero de la conducta conativa (voluntad) de una persona; el temperamento, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta afectiva (emoción); el intelecto, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta cognitiva (inteligencia); el físico, su sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina"* (Eysenck y Eysenck, 1985).

Además de una teoría centrada en el rasgo, una teoría dimensional. Las teorías dimensionales (o factorialistas) proponen la existencia de factores de personalidad como dimensiones continuas sobre las que pueden disponerse cuantitativamente las diferencias individuales (Mayor y Pinillos, 1989).

Eysenck (1987) determinó que los numerosos rasgos que resultan adecuados para describir la personalidad humana pueden reducirse a tres dimensiones básicas, (ver figura4): Extroversión (E), Neuroticismo (N) y Psicoticismo (P). Las personas pueden ser descritas en función del grado de E, N y P, y pueden ser ubicadas en algún punto del espacio tridimensional que estos suprafactores generan. De este modo, un sujeto no es simplemente extravertido sino que tiene algún grado de E. Y las tres dimensiones deben ser tratadas como categorías no excluyentes. De allí que todo sujeto pueda ubicarse en el continuo representado por las mismas.

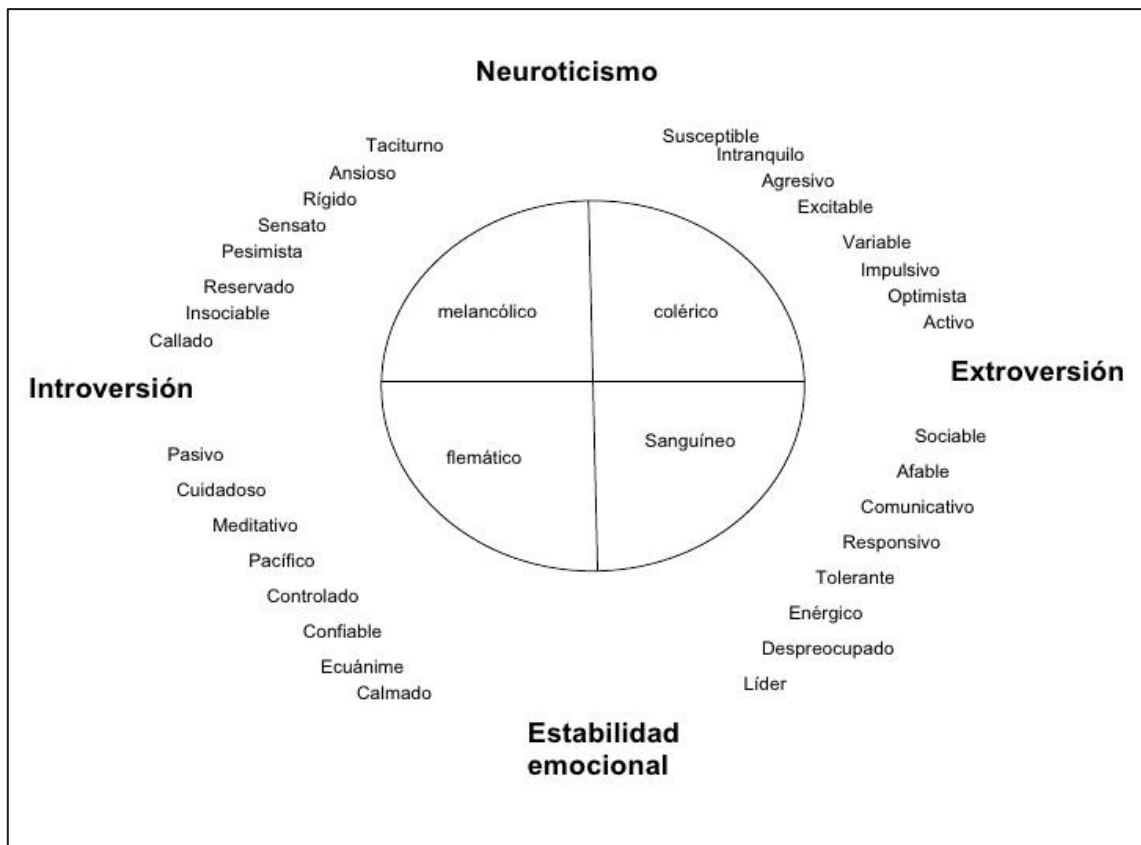


FIGURA 4: Dimensiones de la personalidad de Eysenck (1990).

- ✓ Neuroticismo es una dimensión relacionada con la disposición de padecer lo que clásicamente se conoce como trastornos neuróticos, tanto trastornos de ansiedad como del estado de ánimo. Un individuo con alto N es: ansioso, deprimido, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo, con baja autoestima y sentimientos de culpa (Eysenck, 1990).
- ✓ Extravertido: sociable, vivaz, activo, asertivo, buscador de sensaciones socializadas, despreocupado, dominante, espontáneo y aventurero (Eysenck, 1990). Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1985) destacó dos rasgos centrales en esta dimensión: la sociabilidad y la actividad.
- ✓ Psicoticismo: Impulsividad, agresividad, hostilidad, frialdad, egocentrismo, falta de empatía, crueldad, falta de conformismo, dureza mental. Un individuo con alto P es: agresivo, hostil, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, creativo rígido y poco empático. Un individuo con bajo P es: altruista, empático, responsable, socializado y convencional (Eysenck, 1990).

8.3.3 Teoría de los Cinco Grandes.

Teoría estrictamente descriptiva y factorial. Los primeros autores que hablan de cinco factores que reflejan el psiquismo humano se recogen en los trabajos de Fiske y Norman (Ruíz, 2003).

En la actualidad cabe mencionar a John, Digman y especialmente Mc Crae y Costa (1995). Estos son los autores del test de personalidad asociado a los factores que se denomina Neo-Pi, modelo comprensivo de la personalidad que puede servir como marco de referencia interpretativo para otros modelos. El modelo plantea que las cinco dimensiones son universales, al ser independientes del contexto cultural y estar presentes en la mayoría de las teorías clásicas de la personalidad. Se presenta como una forma válida de sintetizar una gran cantidad de información de investigaciones de psicología clínica y personalidad, en un lenguaje accesible a investigadores de distintas tendencias teóricas.

La historia del Modelo de Cinco Factores ha adquirido especial resonancia y ha sido examinada en numerosas ocasiones (Pelechano, 1996; Sánchez Bernardos, 1992; Wiggins y Trapnell, 1997). Sus raíces se sitúan en análisis de descriptores de la personalidad en los lenguajes naturales, que, en distintos estudios, fueron definiendo una estructura de cinco dimensiones.

Posteriormente, trabajos sobre la estructura de los rasgos a partir de cuestionarios convergen con la tradición léxica y el llamado Modelo de Cinco Factores va adquiriendo una popularidad creciente en la literatura sobre personalidad. En la actualidad El NEO-PI-R es, probablemente, el cuestionario más emblemático del Modelo de Cinco Factores. Los rasgos presentan una estructura jerárquica y proporciona puntuaciones en seis facetas por cada uno de los cinco grandes dominios (neuroticismo, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad); ha sido traducido y analizado en múltiples contextos socio-geográficos, se ha estudiado su utilidad en diferentes ámbitos aplicados y ha sido muy investigada su relación con otros modelos de la personalidad (Piedmont, 1998).

9. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El fenómeno del Síndrome de Burnout ha sido analizado desde diversas perspectivas y según el enfoque utilizado para estudiar e interpretar dicho fenómeno las conclusiones alcanzadas han sido muy diferentes.

Cada vez más se le da más importancia al desgaste emocional que produce el ejercicio de la profesión sanitaria, puesto que su aparición repercute de una manera u otra en el área asistencial, provocando un trato inhumano en los pacientes, faltas frecuentes al trabajo, cinismo, negación a las cosas y un ambiente hostil, entre otras. Por este motivo surge este trabajo, para el estudio comparativo entre dos ámbitos asistenciales, primaria y especializada, de los niveles de Burnout según la variable de personalidad, ansiedad y depresión, del personal sanitario (médicos y enfermeras) y algunos de los factores epidemiológicos asociados al estrés laboral en el personal sanitario contemplando médicos y enfermeras.

Por todo ello, se pretende resaltar la importancia que el estudio en profundidad, del fenómeno Burnout y de sus factores desencadenantes, puede tener, ya que estos conocimientos redundarán en una mejora de la calidad de la asistencia sanitaria, con claras ventajas para los pacientes, los profesionales y por supuesto las instituciones implicadas y la necesidad de establecer de prevención/intervención en este contexto.

Ocuparse de la salud de los profesionales sanitarios es ocuparse de la salud de los pacientes y sus familiares, es ocuparse de la salud pública y por ende es ocuparse de uno de los derechos humanos más importantes: el derecho y acceso a la salud pública de calidad para todos.

Uno de los enfoques que hemos querido dar en el presente estudio, que no ha sido muy trabajo con anterioridad, según la literatura que revisamos, es, comparar que nivel asistencial es más propenso a derivar en un desgaste emocional según las variables de personalidad de sus trabajadores, analizando la personalidad de los mismos, el ámbito de atención primaria o por el contrario el ámbito de atención especializada.

CAPÍTULO II:
OBJETIVOS E HIPÓTESIS

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.1. Pregunta de Investigación.

¿Qué ámbito de trabajo, atención primaria o atención especializadas, es más propenso a padecer mayor nivel de Burnout según la variable de personalidad, ansiedad y depresión, del personal sanitario, médicos y enfermeras?

1.2. Objetivo general.

El objetivo general de esta investigación es analizar los niveles de Burnout en médicos y enfermeros de los servicios de atención especializada de dos hospitales y atención primaria de dos áreas de salud, compuesta por un total de ocho centros de salud y relacionar dichos niveles de Burnout con los niveles de ansiedad, depresión y rasgos de personalidad.

1.3. Objetivos específicos.

Asimismo entre los objetivos específicos se encuentran: describir la prevalencia del Burnout y sus tres componentes en personal sanitario (médicos y enfermeras) en función del lugar de trabajo (atención primaria y especializada); relacionar las variables ansiedad, depresión, rasgos de personalidad y rasgos afectivos positivos y negativos con el lugar de trabajo atención primaria y especializada.

2. HIPÓTESIS.

Para cubrir los objetivos planteados previamente se han desarrollado las siguientes hipótesis de investigación.

H₁: Las dimensiones del Burnout (cansancio emocional y despersonalización) se relacionarán positivamente con la antigüedad, mientras que la realización personal se relacionará negativamente con la antigüedad.

H_{1a}: Los trabajadores con mayor antigüedad presentarán niveles altos de cansancio emocional.

H_{1b}: Los trabajadores con mayor antigüedad presentarán niveles altos de despersonalización.

H_{1c}: Los trabajadores con mayor antigüedad presentarán niveles bajos de realización personal.

H₂: Las dimensiones del Burnout (cansancio emocional y despersonalización) se relacionarán positivamente con los años de ejercicio profesional, mientras que la realización personal se relacionará negativamente con los años de trabajo.

H_{2a}: Los trabajadores con mayor número de años de ejercicio profesional presentarán niveles altos de cansancio emocional.

H_{2b}: Los trabajadores con mayor número de años de ejercicio profesional presentarán niveles altos de despersonalización.

H_{2c}: Los trabajadores con mayor número de años de ejercicio profesional presentarán niveles bajos de realización personal.

H₃: existen diferencias significativas entre las dimensiones de Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y el lugar de trabajo.

H_{3a}: existen diferencias significativas en el nivel de cansancio emocional entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

H_{3b}: existen diferencias significativas en el nivel de despersonalización entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

H_{3c}: existen diferencias significativas en el nivel de realización personal entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

H₄: existen diferencias significativas entre las dimensiones de Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y la categoría profesional.

H_{4a}: existen diferencias significativas en el nivel de cansancio emocional entre personal de enfermería y médicos.

H_{4b}: existen diferencias significativas en el nivel de realización personal entre personal de enfermería y médicos.

H_{4c}: existen diferencias significativas en el nivel de despersonalización entre personal de enfermería y médicos.

H₅: existen diferencias significativas entre las dimensiones de Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y el género.

H_{5a}: existen diferencias significativas en el nivel de cansancio emocional entre personal sanitario de hombres y mujeres.

H_{5b}: existen diferencias significativas en el nivel de realización personal entre personal sanitario de hombres y mujeres.

H_{5c}: existen diferencias significativas en el nivel de despersonalización entre personal sanitario de hombres y mujeres.

En cuanto a las escalas de ansiedad, depresión, PANAS y lugar de trabajo se plantearon igualmente las siguientes hipótesis.

H_{6a}: existen diferencias significativas en el nivel de depresión entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

H_{6b}: existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

H_{6c}: existen diferencias significativas en el nivel de neuroticismo entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

H_{6d}: existen diferencias significativas en el nivel de responsabilidad entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

H_{6e}: existen diferencias significativas en el nivel de afecto positivo entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

H_{6f}: existen diferencias significativas en el nivel de afecto negativo entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

Por último, para relacionar el Burnout con las variables de ansiedad, depresión, personalidad y afecto positivo y negativo se planteó la siguiente hipótesis:

H₇: la variable Burnout se relacionará de manera significativa y positiva con ansiedad y neuroticismo y de forma negativa con el efecto positivo.

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA

1. DISEÑO.

En base a los objetivos planteados, se ha optado por el diseño de un estudio transversal en el que se utiliza la modalidad de encuesta en la recogida de información, encuadrándose dentro de un modelo descriptivo y correlacional.

Es decir, se pretende definir las variables así como analizar la relación entre dichas variables (personalidad, ansiedad, depresión) con las dimensiones del Síndrome de Burnout, entre los que realizan su actividad profesional en atención primaria y atención hospitalaria.

2. ÁMBITO DE ESTUDIO.

El ámbito de estudio es tanto Atención Primaria como Atención Hospitalaria.

El equipo de Atención Primaria (EAP) de Villanueva de la Cañada está integrado por 5 municipios y pertenece a la Dirección Asistencial Noroeste (DANO) del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Cada uno de los municipios de la zona básica dispone de centro de salud en turno de mañana y tarde.

El equipo de Atención Primaria (EAP) de Navas del Rey está integrado por 3 municipios y pertenece a la Dirección Asistencial Oeste (DAO) del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). Cada uno de los municipios de la zona básica dispone de centro de salud en turno de mañana.

El equipo de Atención Especializada (EAE) de San Lorenzo del Escorial está integrado por el Hospital Madrileño El Escorial y pertenece a la Dirección Asistencial Noroeste (DANO) del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

El equipo de Atención Especializada (EAE) de Móstoles está integrado por el Hospital Universitario de Móstoles y pertenece a la Dirección Asistencial Oeste (DAO) del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

3. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

Para poder disponer de una muestra representativa de esta población mediante un muestreo intencional no probabilístico, se accedió al personal sanitario, médicos y enfermeros de ambos ámbitos de prestación sanitaria, Atención Primaria y Atención Hospitalaria del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS).

Nuestra pretensión era poder contar con la totalidad de profesionales pertenecientes a ambos medios de atención sanitaria. No obstante, dado el carácter voluntario de respuesta a los cuestionarios, se obtuvo una de participación global (N= 195), siendo los porcentajes de participación por unidades muy similares: contestaron de forma válida a los cuestionarios 99 sujetos (50.8%) eran del medio extrahospitalario (Atención Primaria) y 96 sujetos (42.2%) eran del medio intrahospitalario (Atención Hospitalaria).

Por tanto, la muestra estuvo compuesta por 195 profesionales que participaron en el estudio de forma voluntaria. El perfil de los profesionales que contestaron a los cuestionarios fue el siguiente según el tipo variables sociodemográficas a estudiar las cuales las desarrollaremos más adelante. Las variables cuantitativas acogerían a la edad, años de convivencia con su pareja, años de ejercicio profesional y años de antigüedad en su puesto de trabajo. Las variables cualitativas objeto de este estudio fueron: género (variable dicotómica; hombre, mujer), edad (variable continua; años), estado civil (variable nominal: soltero, casado), pareja trabaja (variable dicotómica: si, no), número de hijos (variable ordinal; uno, dos, tres, cuatro), categoría profesional (variable nominal; medico, enfermero), lugar de trabajo (variable nominal; atención primaria, atención hospitalaria) y turno de trabajo (variable nominal: mañana, tarde, noche y rotativo).

Así, la muestra presenta una edad media de 43.72 años (DT = 11.582), con un amplio rango de edades que va desde los 21 a los 64 años. Los años de convivencia con su pareja tienen un promedio de 13.07 años (DT= 12.833), referente a los años de ejercicio profesional la media es de edad es 18.65años (DT= 12.263) y en torno a la antigüedad laboral en su actual unidad de trabajo es de 12.29 meses en promedio (DT= 10.752).

Predomina el género femenino con 102 mujeres (52.3%) de la muestra, frente a 93 hombres (47.7%), de los cuales según su estado civil 115 están casados (59%) y por el contrario 80 permanecen solteros (41.0%), de los que si trabajan 138 sujetos (70.8%), frente a 55 sujetos que no trabajan (28.2%). Destaca el hecho de que 83 sujetos (42.6%) de la muestra no tiene hijos frente a 112 (57.4%) que manifiesta tenerlos, donde 47 de ellos tienen un hijo (24.1%),

47 dos hijos hijo (24.1%), 15 tres hijos (7.7%), 2 cuatro hijos (1.0%) y 1 cinco hijos (0.5%).

Respecto al nivel de estudios, predominan los 115 enfermeros que participaron (59.0%), respecto a los 80 médicos (41.0%).

La muestra de personal sanitario anteriormente descrita se consideró como las variables sociodemográficas principales del presente estudio, a partir de la cual se realizaron todos los análisis pertinentes para alcanzar los objetivos y comprobar las hipótesis de la presente investigación.

3.1. Captación y reclutamiento.

La captación se realizó de forma directa en los diferentes centros asistenciales, donde se procedió a informar de manera verbal el objetivo general de la investigación. Se procedió del mismo modo a adjuntar el consentimiento informado, que fue firmado en ese momento así como se administró los cuestionarios para la recogida de variables.

El caso del reclutamiento de los sujetos en el área 6 y el área 8 de Atención Primaria se realizará por Virginia García López IP del estudio y por David Pérez trabajador del área 6 de Atención Primaria. En el centro Hospitalario de San Lorenzo del Escorial será Yulia Rybalt trabajadora del citado centro.

3.2. Criterios de inclusión.

Se incluirán dentro del estudio:

- a) Todo el personal de medicina y enfermería de atención primaria y atención hospitalaria.
- b) De edades comprendidas entre 21 a 65 años, tanto hombres como mujeres.
- c) Que hablen y entiendan perfectamente el español y quienes hubieran ejercido más de un año la actividad profesional.
- d) Que hayan firmado el consentimiento informado y participen voluntariamente en el estudio.

3.3. Criterios de exclusión.

Se excluirán del presente estudio:

- a) Todo el personal sanitario, médicos y enfermeras que en el momento del estudio se encuentre en baja laboral, traslado o excedencia.
- b) Que no hayan firmado el consentimiento informado.

3.4. Consideraciones éticas.

El conjunto de cuestionarios fue acompañado de un consentimiento informado (Anexo I), firmado por la investigadora principal, en el que se pidió la firma de conformidad de los sujetos que accedieran a participar en el estudio.

Este estudio se llevó a cabo siguiendo los fundamentos de la ética en investigación:

- ✓ Informe Belmont: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research (1979).
- ✓ Requerimientos éticos recogidos en la Declaración de Helsinki sobre Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos (2008).
- ✓ Internacional Ethical Guidelines for biomedical research Involving Human Subjects of the European Agency Council For International Organizations of Medical Sciences (Ginebra, 2002).
- ✓ Declaración de Oviedo. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina en la Unión Europea (Oviedo, 1997).

3.5. Confidencialidad.

En todo momento se mantuvo la conducta profesional más elevada y confidencialidad absoluta de acuerdo con la Ley de protección de datos (ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre de "Protección de datos de Carácter Personal) y la Ley 41/2001, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Por último del R.D. 1720/2007 que aprueba el desarrollo de la LPD.

4. PROCEDIMIENTO.

Se informó a todos los sujetos sobre la naturaleza y los objetivos del estudio. Todos aquellos que cumplían los criterios de inclusión, leyeron la información del participante y dieron su consentimiento por escrito.

El protocolo del estudio junto con la información del participante y el consentimiento informado fueron aprobados por la Comisión Central de Investigación (Anexo II) Las recomendaciones éticas para la realización de estudios de investigación con humanos (Informe Belmont, Declaración de Helsinki , Internacional Ethical Guidelines for biomedical research Involving Human Subjects of the European Agency Council For International Organizations of Medical Sciences y Declaración de Oviedo), descritas anteriormente, fueron tenidas en cuenta para llevar a cabo el estudio.

La recogida de datos se llevó a cabo durante 2 meses.

Todos los datos de los sujetos que intervinieron en el estudio a través de un formulario. Dicho formulario estaba constituido, además, por la hoja de consentimiento informado donde se informaba a la persona objeto de estudio, garantizándose su confidencialidad según la Ley 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal.

A cada cuestionario se le asignó un número control, con objeto de mantener su anonimato. Ese número se registró en el programa SPSS donde figuraban todos los participantes para su posterior análisis y de ahí extraer la información pertinente para dar respuesta a los objetivos planteados.

5. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS/VARIABLES.

Las variables estudiadas en esta investigación son aquellas que definen y determinan el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en las tres dimensiones que lo conforman: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal. En función de la revisión de la literatura en lo concerniente a las variables cuya capacidad se articulaba en una causación, precipitación, mediación o modulación del proceso de quemarse por el trabajo en los trabajadores sanitarios procedimos a la selección de aquellas variables pertenecientes al ámbito sociodemográfico, personal y organizacional y que nos parecieron más adecuada para responder a los objetivos perseguidos en la presente investigación. Concretamente, las variables objeto de estudio son: edad, género, estado civil, años de convivencia con su pareja, número de hijos, categoría profesional, años de ejercicio profesional, lugar de trabajo, antigüedad en el lugar actual de trabajo, turno de trabajo.

Los instrumentos de autoinforme (Anexo III - VIII) aplicados a los mencionados trabajadores para evaluar las variables que fueron estudiadas en este trabajo fueron las siguientes:

- ✓ Datos sociodemográficos y laborales.
- ✓ Maslach Burnout Inventory (MBI).
- ✓ Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS).
- ✓ Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS).
- ✓ Test de Personalidad de Eysenck (EPI).
- ✓ Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO –PI- R).

5.1. Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales.

El cuestionario sociodemográfico (Anexo III), de elaboración propia, incluye las variables sexo, edad, estado civil, años de convivencia, paternidad, número de hijos. En cuanto al estado laboral, el cuestionario incluye preguntas referentes a si su pareja trabaja, la categoría profesional, lugar de trabajo, años de ejercicio profesional, antigüedad en el centro de trabajo por último la turnicidad.

Datos que nos ayudaron a investigar sobre los factores que pueden acontecer o modular la presencia del síndrome objeto de estudio del presente trabajo.

5.2. Maslach Burnout Inventory (MBI).

La medida del Burnout es la parte central del presente estudio de la cual salen la mayoría de las variables, por eso además de describir el instrumento de medida más utilizado en los últimos tiempos para medir el Burnout, creemos necesario hacer un poco de historia.

5.6.1 Historia del desarrollo del instrumento de medida Maslach Burnout Inventory.

A lo largo de la historia podemos encontrar que para la evaluación del Síndrome de Burnout se han utilizado distintas técnicas. En un primer momento, los investigadores utilizaban las observaciones sistemáticas, entrevistas estructuradas y test proyectivos, más tarde, se fue dando mayor énfasis a la evaluación mediante cuestionarios o autoinformes, lo que plantea varios problemas. Ante un proceso de evaluación con autoinformes es importante tener presente que sus medidas son débiles por sí solas; es decir que se aconseja recabar datos objetivos de otras fuentes para confirmar y ampliar los resultados. La debilidad de los autoinformes tiene relación con la cercanía operacional entre la variable independiente y la variable dependiente postulada. Puede ser tanta dicha cercanía que, incluso, los constructos que se miden se pueden utilizar a veces como causa y otras como consecuencias. Sin embargo, los autoinformes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y de éstos los preferidos por los investigadores son el Maslach Burnout Inventory (MBI), (Maslach y Jackson, 1981, 1986) y el Burnout Measure (BM), (Pines y Aronson, 1988). No obstante existen muchos otros, que sólo se mencionarán después, señalando en el año en que se publicaron (Tabla 8):

TABLA: 8 Autoinformes para la medición del Síndrome Burnout.

AÑO	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	AUTORES
1980	Emener-Luck Burnout Scale	Emener y Luck
	Indicadores del Burnout	Gillespie
	Staff Burnout Scale	Jones
	The community Health Nurses' Perceptions of work related stressors questionnaire	Bailey, steffen y Grout
1981	Tedium Measure (Burnout Measure)	Pines, Aronson y Kafry
	Maslach Burnout Inventory	Maslach y Jackson
	Nursing stress Scale (NSS)	Gray-Toft y Anderson
1984	Teacher Attitude Scale (TAS)	Farber
1985	Stress profile for Teachers	Klas, Kendall y Kennedy
	Burnout Scale	Kremer y Hofman
1986	Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager
	Burnout Index (BI)	Shirom y Oliver
	Educators Survey (FS)	Maslach y cols
1987	Energy Depletion Index	Garden
	Escalas de evaluación del estrés, satisfacción laboral y apoyo social	Reig y Caruana
	Teacher Burnout Scale	Seidman y Zager
1988	Occupational stress inventory	Cooper et. al.
	Teacher stress inventory	Schutz y Long
	Nurse Stress Index (NSI)	Harris, Hingley y Cooper
1990	The Nurse stress checklist	Benoliel et al
	Escala de efectos psíquicos del Burnout	García izquierdo
	Stressor scale for pediatric oncology nurses	Hinds et al
	Staff Burnout scale for health professional (SBSS HP)	Jones
	Mattews Burnout Scale for Employees	Mattews
1992	Escala de variables predictoras del Burnout	Aveni y Albani
1993	Holland Burnout Assessment Survey	Holland y Michael
	Cuestionario de Burnout del profesorado (CBP)	Moreno y Oliver
	Cuestionario breve de Burnout (CBB)	Moreno y Oliver
1994	Rome Burnout Inventory	Ventura, Dell'Erba y Rizzo
1995	Cuestionario sobre el estrés en el lugar de trabajo	Kompier y Levi
	Escala de Burnout en directores de colegios	Friedman
1996	MBI-General Survey (MBI-GS)	Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson
2000	Cuestionario de desgaste profesional en enfermería (CDPE)	Moreno, Garrosa y Gonzalez

NOTA: Desarrollo de los diferentes instrumentos de medida del Burnout por año y autor.

A continuación se desarrollan algunas características de los más conocidos:

El Staff Burnout Scale (SBS) fue desarrollado por Jones, (1980) para evaluar Burnout en profesionales de la salud, en base a su conceptualización esencial como síndrome de agotamiento físico y emocional. Escala que únicamente sirve para medir Burnout en profesiones relacionadas con la salud; por ello su uso queda bastante limitado. Consta de 30 ítems, a partir de los estudios que Maslach y Jackson estaban desarrollando y que culminan en la construcción del MBI o Maslach Burnout Inventory, 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. La escala busca medir los aspectos cognitivos, afectivos, conductuales y psicofisiológicos que están en el origen del Burnout (Jones, 1981). Esta escala propone una puntuación general de Burnout, la cual, nos permite una gradación según la frecuencia que el sujeto señala en sus respuestas a los ítems. Sin embargo, el instrumento presenta una estructura factorial de cuatro componentes: insatisfacción o tensión laboral, tensión psicológica e interpersonal, enfermedad y tensión y falta de relaciones profesionales con los pacientes (Jones, 1982). Tiene 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 Tedium Measure (TM) fue construido por Pines, Aronson y Kafry (1981) sobre la base de su conceptualización del Burnout como un estado de fatiga emocional, cercana al tedio. En él se distinguía 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. Más tarde, eliminaron 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), tras un replanteamiento conceptual del constructo por los mismos autores. El BM está constituido 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) únicamente 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 Maslach Burnout Inventory (MBI), (Anexo IV) elaborado por Maslach y Jackson (1981,1986) fue creado originariamente para analizar el sector servicios, y generalizado posteriormente, al campo de la enseñanza y a finales de la década de los 90, a otros campos profesionales. Con su aparición casi se normaliza el concepto tridimensional de Burnout. En el siguiente apartado se desarrollará detenidamente las características de dicho instrumento.

A partir de estos primeros cuestionarios, al mismo tiempo que se desarrolla y amplía la investigación sobre el constructo Burnout, se crean nuevos instrumentos, entre los que se encuentran los siguientes:

El Emener-Luck Burnout Scale (ELBOS) fue realizado por Emener y Luck (1980); es una traducción al francés del MBI, cuya validación se realizó con datos obtenidos a partir de 260 educadoras de guardería y 163 enfermeras. Los indicadores psicométricos de la prueba que informan los autores de la misma son buenos.

El Gillespie-Numerof Burnout Inventory (GNBI) de Gillespie y Numerof (1984) es un cuestionario que hace referencia a sentimientos respecto al trabajo y que se validó a partir de los datos de 154 religiosos que trabajaban en un servicio de salud. El instrumento diferencia entre dos tipos de Burnout, activo y pasivo.

El Burnout Scale (BS) de Kremer y Hofman (1985) surgió como consecuencia de una investigación sobre el tema de estos autores. Tan solo eran cinco ítems añadidos a un instrumento que evaluaba otras cuestiones del que los autores no analizan estructura – dimensionalidad- e informan una baja fiabilidad.

El Teacher Burnout Scale (TBS) fue propuesto por Seidman y Zager (1986) para profesores, el mismo año que Maslach y Jackson (1986) proponen también la versión anteriormente mencionada del MBI para este colectivo profesional. Quedó constituido en su versión final con 21 ítems (de un total inicial de 65), y en el análisis de su estructura, sus autores encontraron cuatro dimensiones, tres de las cuales correlacionaban fuerte con las tres dimensiones del MBI y una cuarta relativa a la percepción de apoyo por parte de los supervisores, que no correlacionaba con ninguna dimensión del inventario para docentes de Maslach. La consistencia interna del instrumento quedó informada como aceptable, oscilando entre 0,72 y 0,89 entre dimensiones.

El Energy Depletion Index (EDI) de Garden (1987) es una escala para valorar la «depleción de la energía», que es una única dimensión, similar a lo que la autora etiqueta como la

dimensión más fuerte del Burnout, el Cansancio Emocional. La escala la componen sólo cuatro ítems que tienen una consistencia interna de 0,82.

El Matthews Burnout Scale for Employees (MBSE) de Matthews (1990) es un autoinforme que considera el Burnout unidimensional. Contiene cincuenta ítems con una consistencia interna de 0,93. Los contenidos de los elementos de esta escala están relacionados con la valoración de varias características, actitudes hacia el trabajo, locus de control, habilidades de afrontamiento y temperamento, entre otras.

La Escala de Variables Predictoras de Burnout (EVPB) de Aveni y Albani (1992) no es un inventario propiamente dicho. Surge de un modelo en el que las variables predictoras del Burnout están muy relacionadas con los constructos de ansiedad y depresión; los autores administran a los participantes en su investigación un test de ansiedad y uno de depresión, de forma que de los resultados obtenidos obtienen un listado de características de los sujetos a partir de su relación con los test citados, de donde se obtiene el listado de variables predictoras del Burnout.

La Escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB) de García Izquierdo (1990) es un instrumento que sólo mide una dimensión que estaría relacionada con el Cansancio Emocional. Está constituido por 12 elementos con una consistencia de 0,90.

El Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP) de Moreno y Oliver (1993) son dieciséis ítems unidimensionales y surge ante el planteamiento de estos autores de la necesidad de mejorar la escala de Despersonalización.

El Holland Burnout Assessment Survey (HBAS) de Holland y Michael (1993) es un cuestionario de dieciocho ítems con escala tipo Likert de cinco puntos. Está dirigido a profesores y presenta una consistencia interna adecuada, con valores cercanos a 0,80 en dos de sus dimensiones (percepción positiva y compromiso con la enseñanza) y valores de consistencia interna menos adecuados, cercanos a 0,60 en las dos restantes (apoyo de supervisores y conocimiento del Burnout). Contempla, pues, cuatro dimensiones y se analizó comparándola con la versión para docentes del MBI.

El Rome Burnout Inventory (RBI) de Venturi, Dell'Erba y Rizzo, (1994) combina un bloque de variables sociodemográficas, uno de Cansancio Emocional y físico, uno sobre percepción del apoyo social, un cuarto que mide estresores laborales y no laborales, un quinto sobre insatisfacción del individuo y un sexto sobre el estado de salud del encuestado.

La Escala de Burnout de Directores de Colegios de Friedman (1995), está dirigida a este colectivo profesional. Es un cuestionario con 22 ítems con una estructura tridimensional (agotamiento, reserva y desprecio), que permite asignar una puntuación por dimensión,

además de dar una puntuación total a los sujetos. Los valores de consistencia interna de la prueba son 0,98, 0,82 y 0,97, con un alfa para el total de la escala de 0,92.

El Copenhagen Burnout Inventory de Kristensen et al., (2005), compuesto por tres escalas independientes que miden diferentes dominios del Burnout: personal, relacionado con el trabajo y con la relación con el cliente.

El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en Profesionales de la Salud (CESQT PS), de Pedro Gil Monte (2005). Está formado por 20 ítems que se valoran en un formato de respuesta de frecuencia de cinco puntos –frecuencia con la que la persona experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems del cuestionario-. Contiene cuatro subescalas, Ilusión por el trabajo, Desgaste Psíquico, Indolencia y Culpa, las tres primeras con puntuación individual y contribuyentes a la puntuación total a obtener en el test y la cuarta para identificar entre dos perfiles diferentes del Síndrome de Quemado por el Trabajo, los que presentan y los que no presentan niveles altos de culpa. El autor informa de adecuados indicadores psicométricos y valores alfa de Cronbach que oscilan entre 0,68 y 0,84.

5.6.2 Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).

Como hemos mencionado con anterioridad, el instrumento usado con mayor frecuencia para evaluar Burnout es el Maslach Burnout Inventory (MBI), (Anexo IV) elaborado por Maslach y Jackson (1981,1986).

El MBI adaptado a la versión española, está constituido por 22 ítems, tipo Likert, que se plantean al sujeto una serie de enunciados en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

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 (EE), la despersonalización (D) y la baja realización personal (PA) 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.

La subescala de agotamiento emocional (EE) consta de nueve ítems, recogidos en las afirmaciones 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, siendo su puntuación máxima 54. Valora la vivencia de estar exhausto a nivel emocional por las demandas del trabajo.

La subescala de despersonalización (D) está formada por cinco ítems, recogidos en las afirmaciones 5, 10, 11, 15 y 22, siendo su puntuación máxima 30. Mide el grado en que pueden reconocerse en uno mismo actitudes de frialdad y de distanciamiento relacional.

Y por último la subescala de realización personal (PA), se compone de ocho ítems, recogidos en las afirmaciones 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21, siendo su puntuación máxima 48. Evalúan los sentimientos de autoeficacia y de realización personal en el trabajo.

La escala se mide según los siguientes rangos: 0= Nunca; 1= Pocas veces al año o menos; 2=Una vez al mes o menos; 3= Unas pocas veces al mes o menos; 4= Una vez a la semana; 5= Pocas veces a la semana; 6= Todos los días, considerándose como puntuaciones bajas de Burnout entre 1 y 33, donde no se desarrollaría el síndrome y por el contrario, altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno o síndrome (Tabla 9).

Tabla 9: *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

NOTA: La tabla ofrece los puntos de corte para las puntuaciones del inventario de Maslach en el sector sanitario. Fuente: Maslach y Jackson (1981,1986).

En lo que se refiere a la fiabilidad, las autoras encuentran valores de 0,87, escala de agotamiento emocional, 0,76 en la escala de baja realización personal y 0,73 para la despersonalización, y estos valores pasan a ser de 0,90; 0,71 y 0,79 para las tres subescalas en la versión de 1986. La consistencia interna en la adaptación española del MBI, era de 0,58

para agotamiento emocional, de 0,36 para la subescala de despersonalización y 0,45 en la baja realización personal.

5.3. Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS)

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale), (Anexo V), elaborada por Zigmond y Snaith (1983) con el fin de crear un instrumento de detección de los trastornos depresivos y ansiosos en el marco de los Servicios hospitalarios no psiquiátricos que cumplieran los siguientes requisitos: no estar contaminado por la sintomatología de la enfermedad física que presenta el paciente y diferenciar claramente entre trastorno tipo depresivo de los de tipo ansioso. Esta escala fue elaborada en base a la autoevaluación del estado de ánimo, constatación de la frecuencia con que los síntomas psíquicos del padecimiento somático repercutían sobre la puntuación de los cuestionarios existentes diseñados para evaluar el estado de ánimo de la población general. Además, pretendieron diferenciar los dos tipos de síntomas (ansiosos y depresivos), dada la importancia que ello tiene en la orientación del tratamiento psicofarmacológico y psicológico. Los autores partieron de la constatación empírica de que muchos pacientes con enfermedades físicas dan lugar a falsos positivos en los instrumentos de cribaje psicopatológico, así como en las escalas de autoevaluación de la ansiedad y la depresión.

Snaith, en colaboración con Bulbena y Berrios, realizaron la traducción y adaptación al castellano y ha sido validada por Tejero et al., (1986), El estudio de la adaptación al español se efectuó en una muestra de 66 pacientes psiquiátricos en tratamiento ambulatorio con diferentes diagnósticos según el DSM-III. No se incluyeron individuos con trastornos de la esfera psicótica. El coeficiente alfa de Cronbach calculado fue de 0,80 para cada una de las subescalas (Tejero, 1986).

Resulta teóricamente muy interesante el intento de los autores de diferenciar entre ansiedad y depresión, pero los resultados prácticos de la escala están muy lejos de resolver las dificultades del abordaje terapéutico. Las dos subescalas del HAD presentan intercorrelaciones muy elevadas (0,60 en el estudio de adaptación español). Esta elevada superposición entre ambas subescalas no debe achacarse simplemente a deficiencias de la escala, sino que a ello contribuyen las dificultades en la diferenciación conceptual entre ansiedad y depresión, especialmente en enfermos no psiquiátricos.

El HAD se trata de un cuestionario breve de sólo 14 ítems divididos en dos dominios, uno para la ansiedad (ítems pares) y otro para la depresión (ítems impares), en los que el paciente autovalora cada ítem en una escala de 4 puntos. Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (pérdida de placer).

Las puntuaciones superiores indican la presencia de problemas. Para cada dominio (depresión o ansiedad) las puntuaciones de 7 o inferiores son consideradas como no casos, las puntuaciones de 8 a 10 se consideran casos dudosos, y puntuaciones superiores a 11 implican casos de depresión cierta. Se trata de un cuestionario sencillo y fácil de aplicar además de tener una importante utilidad clínica, ya que mide la depresión anhedónica, que se considera el mejor indicador de hipomelancolía y señala la necesidad de prescripción de antidepresivos para personas con una puntuación elevada, por tanto, se trata de una escala no sólo descriptiva del estado del paciente sino también, clínicamente útil.

5.4. Escala afecto positivo y negativo (PANAS)

La Escala de afecto positivo y negativo (PANAS), (Anexo VI), sirve para evaluar la afectividad del paciente se ha utilizado. Está basada en la escala Positive and Negative affect Schedule del grupo de Watson, Clark y Tellegen (1988) mide las dimensiones de afecto positivo y afecto negativo. El Afecto Positivo (AP) incluye estados de ánimo y emociones con un contenido subjetivo agradable (alegría, cariño, gozo, interés por las cosas o asombro ante algo positivo) y el Afecto Negativo (AN) incluye emociones y estados de ánimo con un contenido subjetivo desagradable (ira, tristeza, ansiedad, preocupación, culpa, vergüenza, envidia, celos). Aunque las dimensiones de afecto negativo y afecto positivo pueden sugerir que ambos factores son opuestos (es decir, que son extremos de una misma dimensión), de acuerdo a diversos autores son más bien dimensiones altamente diferenciadas e independientes (Watson, Clark y Tellegen, 1988).

La versión original del cuestionario consta de 20 ítems de los cuales 10 miden afecto positivo y 10 miden afecto negativo. Los ítems consisten en palabras que describen diferentes sentimientos y emociones, y son calificadas por la persona, según el grado en que las experimenta, en una escala Likert de 5 puntos (de “muy poco o nada” a “extremadamente”).

El PANAS posee una alta consistencia interna (afecto positivo; $\alpha = 0,86-0,90$; afecto negativo $\alpha = 0,84-0,87$). La correlación entre los dos afectos (positivo y negativo) es invariablemente baja, (rangos $r^2 = -.12 - r^2 = -.23$). Los coeficientes de fiabilidad test-retest de las puntuaciones (afecto negativo $= .71$; afecto positivo $= .68$) son lo suficientemente altos como para sugerir que puede utilizarse para evaluar el afecto como un rasgo de personalidad relativamente estable en el tiempo (afecto como estado).

5.5. Test de Personalidad de Eysenck (EPI)

El Inventario de Personalidad de Eysenck (1964) (Anexo VII), cuenta con dos test de personalidad anteriores, Cuestionario de Personalidad (1952), en el que únicamente mide neuroticismo, y el Inventario de Personalidad (1959), que mide neuroticismo y extraversión.

El Inventario de Personalidad (EPI), (1964), es el resultado de los dos tests anteriores, consta de 57 ítems de contestación Sí/No. Posee dos formas A y B, en nuestro estudio se ha utilizado la forma B, ambas formas tienen dos factores con dos polos: Extraversión versus Introversión y Neuroticismo versus Control; tiene añadida una escala de sinceridad para contrarrestar las respuestas deseables. El trabajo de Eysenck en el estudio de la personalidad y el inventario para medir los factores que la componen utilizando el análisis factorial, no dejan a un lado otros criterios que se integran en su concepción de personalidad como son los elementos constitucionales y de temperamentos.

Las dimensiones que son objeto de ser analizadas mediante el instrumento son:

- ✓ Extrovertido: Es sociable, gusta de las fiestas, tiene muchos amigos, necesita tener gente con quien hablar, no está orientado a la idea de estudiar o leer por sí mismos, tiene necesidad de emociones, toma riesgos e incluso suele ponerse en peligro, actúa dejándose llevar por el impulso del momento y en general es un individuo impulsivo, le gusta hacer bromas prácticas, siempre tiene lista una respuesta y por lo común le agrada el cambio, es despreocupada, indolente, optimista y afecto a reír y a estar alegre, prefiere mantenerse en movimiento y estar haciendo cosas, tiende a ser agresivo y pierde los estribos con facilidad, en conjunto sus sentimientos no están bajo un control estricto y no siempre se trata de una persona en quien se puede confiar.
- ✓ Introverso: Es una persona tranquila, de tipo reservado, introspectiva y más afectada de los libros que de las personas, se manifiesta callado y distante, salvo con sus amigos

íntimos, tiende a planificar por anticipado, no confía en el impulso del momento, no le gusta las emociones, se toma los asuntos de la vida con seriedad y le agrada llevar un estilo de vida ordenado, mantiene sus sentimientos bajo control estricto, rara vez se comporta de manera agresiva y no pierde los estribos con facilidad, es una persona en quien se puede confiar, aunque es algo pesimista y da gran valor a las normas éticas.

- ✓ Estable: Persona calmada, despreocupada, ecuánime y confiable, muestra seguridad y reacciones emocionales equilibradas.
- ✓ Inestable: Personas caprichosas, hipersensibles, tensas, ansiosas, inquietas, inseguras, con fuertes bloqueos de conducta, respuestas inadecuadas e irrupciones emocionales desordenadas.
- ✓ Descripción de los diagnósticos de tipicidad Introverso – estable: Son personas de procesos neurodinámicos fuertes, equilibrados y lentos, tienen dificultad para cambiar patrones conductuales, así como para la adaptación y el ajuste, aunque sus respuestas condicionadas son más firmes y regulares en el habituarse de las situaciones
- ✓ Introverso – inestable: Son personas de sistema nervioso débil, la tipicidad determina una mayor predisposición a desarrollar distinta como en el caso de neurosis.
- ✓ Extroverso – estable: Personas cuyos procesos neurodinámicos son fuertes equilibrados y rápidos, es decir con capacidad para soportar fuertes excitaciones y para establecer potentes frenamientos de estimulaciones, posible mantenimiento regular del equilibrio, entre la excitación y la inhibición, rápida movilidad en relación con las modificaciones ambientales.
- ✓ Extroverso – inestable: personas cuyos procesos neurodinámicos son fuertes, habiendo un desequilibrio entre la excitación y la inhibición, se produce una incapacidad para la contención de intensidad, dentro de los límites pertinentes. La tipicidad señala inmadurez y descontrol emocional con propensión a desarrollar histeria en caso de neurosis.

El inventario de Personalidad de Eysenck en su forma B, adaptación cubana por los psicólogos Rodríguez et al., (1974). Los ítems por escala aparecen a continuación. El valor de cada ítems a calificar en cada una de las escala es de 1 punto, siendo: Neuroticismo: SI Ítems: 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26 28, 31, 33, 35, 38, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57; NO ítems: 40. Extroversión: SI ítems: 1, 8, 10, 13, 17, 20, 25, 27 29, 32, 34, 37, 41, 44, 46, 49, 53; NO ítems: 3, 5, 15, 22, 39, 51, 56. Y por último, Sinceridad: SI ítems: 6, 12, 30, 42, 48, 54; NO ítems: 18, 24, 36.

5.6. Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO –PI- R)

Costa y McCrae (1985) desarrollaron uno de los primeros cuestionarios de personalidad específicamente diseñados para la evaluación de los Cinco Grandes: el Inventario de Personalidad NEO (NEO-PI). Tanto este inventario como su versión revisada (NEO PI-R; Costa y McCrae, 1992) y su versión abreviada (NEO-FFI; Costa y McCrae, 1989) se han convertido en el estándar para la evaluación del modelo de los cinco factores (Sanz et al., 1999; Sanz et al., 2008).

A partir de una adaptación experimental de Avia (Avia, Sanz y Sánchez-Bernardos, 1997), TEA Ediciones publicó en 1999 las adaptaciones españolas del NEO PI-R y del NEO-FFI (Costa y McCrae, 1999).

En el presente estudio hemos utilizado el Inventario NEO (Anexo VIII), en su forma reducida (NEO FFI), consta de 60 preguntas de tipo de respuesta likert, que corresponden a los 60 primeros ítems del NEP PI-R, mediante las cuales se examinan cinco grandes dominios de la personalidad. El instrumento se diseñó para la evaluación de la personalidad normal en adultos.

Los dominios que se analizan son:

- ✓ Neuroticismo (N): evalúa la estabilidad vs. la inestabilidad emocional. Identifica a los individuos propensos al sufrimiento psicológico, a ideas no realistas, antojos o urgencias excesivas y a respuestas de afrontamiento no adaptativas. La puntuación baja en este factor, caracteriza individuos seguros, resistentes y generalmente relajados, incluso en situaciones estresantes; por el contrario, la puntuación alta caracteriza a individuos sensibles, emotivos y propensos a experimentar sensaciones desagradables. (N1: Ansiedad; N2: Hostilidad; N3: Depresión; N4: Ansiedad social; N5: Impulsividad y N6: Vulnerabilidad).
- ✓ Extraversión (E): evalúa la cantidad e intensidad de la interacción entre personas, el nivel de actividad, la necesidad de estímulos y la capacidad de disfrute. La puntuación baja en este factor caracteriza a los individuos introvertidos, reservados y serios, que prefieren estar solos o en compañía de amigos muy cercanos. La puntuación alta la obtienen los individuos extravertidos, abiertos, activos y enérgicos, a quienes les gusta estar rodeados de personas. (E1: Cordialidad; E2: Gregarismo; E3: Asertividad; E4: Actividad; E5: Búsqueda de emociones y E6: Emociones positivas).
- ✓ Apertura a la experiencia (O): evalúa la búsqueda y la valoración activa de la experiencia en sí misma. Se refiere a individuos que presentan tolerancia y

exploración de lo desconocido. La puntuación baja en esta dimensión es característica de personas prácticas, tradicionales y comprometidas con los métodos ya existentes, mientras que las puntuaciones altas las obtienen personas abiertas a nuevas experiencias, imaginativas y con amplias alternativas de intereses. (O1: Fantasía; O2: Estética; O3: Sentimientos; O4: Acciones; O5: Ideas y O6: Valores).

- ✓ Afabilidad o Amabilidad (A): evalúa la calidad de la propia orientación interpersonal a lo largo de un continuo, desde la compasión hasta la rivalidad de pensamientos, sentimientos y acciones. La puntuación baja en esta dimensión la obtienen los individuos realistas, escépticos, orgullosos y competitivos, mientras que la puntuación alta caracteriza a individuos compasivos, sensibles y dispuestos a cooperar y a evitar conflicto. (A2: Franqueza; A3: Altruismo; A4: Actitud conciliadora; A5: Modestia; A6: Sensibilidad a los demás).
- ✓ Tensión o Responsabilidad (C): evalúa el grado de organización del individuo, la perseverancia y la motivación en la conducta dirigida a un objetivo. La puntuación baja en esta dimensión la obtienen los individuos que no se organizan bien, prefieren no hacer planes, y en ocasiones muestran poco cuidado en su trabajo. La puntuación alta caracteriza a individuos responsables y organizados que cuentan con principios sólidos y no paran hasta alcanzar sus objetivos. (C1: Competencia; C2: Orden; C3: Sentido del deber; C4: Necesidad de logro; C5: Autodisciplina y C6: Deliberación).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

1. ANÁLISIS DE LOS ESTADÍSTICOS.

Los análisis estadísticos fueron realizados con el programa SPSS versión 22.0. Se realizaron análisis de la varianza de un factor (ANOVA), tomando como factores o variables independientes las variables sociodemográficas y como variables dependientes cada uno de los factores o ítems que componen las escalas Maslach Burnout Inventory (MBI), escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), test de Personalidad de Eysenck y por último el Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO –PI-R).

Para aquellos casos que presentaban valores perdidos (nunca superiores al 20% de ítems para cada una de las subescalas empleadas) se realizó una imputación mediante la media aritmética.

Se comprobaron los criterios de normalidad por medio de la prueba de Kolmogorov Smirnov dado que la muestra era superior en todos los subconjuntos a 50 participantes y homocedasticidad o igualdad de varianzas a través de la prueba de Levene. Para conocer la relación entre las variables sociodemográficas y los factores de las dimensiones del Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) del Maslach Burnout Inventory (MBI) se tomó el valor del estadístico F de Fisher- Snedecor, aceptando valores p por debajo de .05 como estadísticamente significativos. Para las comparaciones post hoc se utilizó el valor del estadístico HSD Tukey tomando todas las comparaciones referidas a una misma diferencia mínima. En caso de no poder asumir que las varianzas poblacionales son iguales se procedió a utilizar como una alternativa robusta al estadístico F de Fisher-Snedecor el estadístico Brown- Forsythe o el estadístico Welch, que en los dos casos se distribuyen según el modelo de probabilidad F pero con los grados de libertad corregidos (Pérez López, 2005).

También se realizaron análisis de correlaciones bivariadas entre las variables de las escalas utilizadas en el protocolo. Para conocer la correlación significativa entre dichas variables se utilizó el estadístico de correlación de Pearson (r), cuyos valores se oscilan entre -1 y +1 y que se aplica siempre para variables de tipo cuantitativo continuo. Este fue un paso previo para la posterior realización de los modelos de regresión lineal múltiple.

En este sentido para la realización de los modelos de regresión lineal simple se comprobaron igualmente los supuestos de normalidad por medio de la prueba de Kolmogorov, homocedasticidad con la prueba de igualdad de varianzas y el estadístico de Levene, colinealidad a través del diagnóstico de tolerancia y del Factor de Inglaciación de la Varianza

(FIV) e independencia de las variables a través del estadístico de Durbin-Watson incorporadas en el modelo. Se posicionó como variable dependiente el Burnout y como independientes (incluir las que están en el modelo) para conocer el porcentaje de varianza explicada del modelo que ajuste de la variable dependiente en función de las variables significativas del modelo. El método de aproximación fue el de mínimos cuadrados generalizados asumiendo el método de introducir como método de selección de las variables significativas dentro del modelo.

2. RESULTADOS DEL PROCEDIMIENTO.

A. Análisis descriptivo de las escalas aplicadas en esta investigación.

A continuación se presentan los estadísticos descriptivos, medias, desviaciones típicas y rango de respuestas de las sub-escalas utilizadas en este estudio (Tabla 10). Para las subdimensiones de la escala Burnout la media de cansancio emocional fue de 21,50 y su desviación típica de 10,12; para realización personal de 34,79 (DT = 8,22) y para la variable despersonalización de 8,04 (DT = 5,67); los rangos de cada variable han sido incorporados en la tabla.

En cuanto a las dimensiones incluidas en la escala de Depresión de Eysenck la puntuación media más alta se obtuvo en la dimensión neuroticismo $M = 34,91$ y $DT = 3,62$, seguida de extraversión $M = 26,06$ $DT = 2,90$ y por último sinceridad con una Media de 8,75 y una $DT = 1,38$.

Tabla10. *Estadísticos descriptivos, rango, media y desviación típica de las variables criterio incluidos en el estudio.*

	Mín	Máx	M	DT
CANSANCIO EMOCIONAL	1	46	21,50	10,12
REALIZACION PERSONAL	14	48	34,79	8,22
DESPERSONALIZACION	0	23	8,04	5,67
EYSENCK-EXTROVERSION	19	46	26,07	2,90
EYSENCK-NEUROTICISMO	23	44	34,91	3,62
EYSENCK-SINCERIDAD	6	12	8,75	1,38
DEPRESIONHADS	0	18	6,29	3,35
ANSIEDADHADS	0	16	4,42	3,20
NEUROTICISMONEO	18	48	34,19	5,55
EXTRAVERSION	29	48	37,89	3,96
AMABILIDADNEO	27	51	38,51	4,18
APERTURANEO	24	47	36,15	4,01
RESPONSABILIDADNEO	25	52	39,83	4,32
PANAS-AFECTO POSITIVO	20	45	32,67	5,93
PANAS-AFECTO NEGATIVO	10	38	20,49	6,62

N = 195

En cuanto a las dimensiones del HADS la puntuación media para el factor ansiedad fue de 4,42 y su $DT = 3,20$ y para el factor depresión $M = 6,29$ y $DT = 3,35$. Destacar por último y dado que todos los descriptivos se encuentran en la tabla que precede a esta explicación que

en cuanto al afecto positivo la media fue de 32,67 y la DT = 5,93 frente a una media de 20,49 y una DT = 6,62 del afecto negativo.

B. Análisis de correlaciones entre las dimensiones de Burnout y su relación con las subescalas antigüedad, años de trabajo.

En la tabla 11 se presentan los análisis de correlaciones bivariadas a través del coeficiente de correlación de Pearson (r) entre las dimensiones del Burnout, cansancio emocional, despersonalización y realización personal y las variables antigüedad y años de trabajo, con el objetivo de contrastar la H_1 y H_2 y las siguientes sub-hipótesis (H_{1a} , H_{1b} y H_{1c} ; H_{2a} , H_{2b} y H_{2c}).

Tabla 11. *Correlaciones entre la subescalas del Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal, años de antigüedad y años de ejercicio profesional.*

	1	2	3	4
1. Cansancio emocional				
2. Despersonalización	.454**			
3. Realización personal	-.353**	-.559**		
4. Años de antigüedad	.123	.188**	-.210**	
5. Años de ejercicio profesional	.061	.140	-.188**	.762**

***. La correlación es significativa en el nivel 0,01.*

La percepción de despersonalización ($r = .188$, $p < .01$) correlaciona estadísticamente de forma positiva y significativa con la variable años de antigüedad, este resultado permiten confirmar la hipótesis H_{1b} . Para la dimensión de la escala de Burnout de cansancio emocional ($r = .123$, $p > .01$) no muestra una correlación significativa con la variable antigüedad, por lo que este resultado no permite confirmar la hipótesis H_{1a} . Por otra parte, la realización personal ($r = -.270$, $p < .01$) correlaciona de forma estadísticamente negativa y significativa con la variable antigüedad, este resultado permite confirmar la existencia de una relación entre dichas variables y por tanto aceptar la hipótesis H_{1c} .

En cuanto a la variable años de ejercicio profesional, la percepción de cansancio emocional ($r = .061$, $p < .01$) y despersonalización ($r = .140$, $p < .01$), no mostraron una correlación significativa con dicha variable, por lo que este resultado no permite confirmar la hipótesis H_{2a} y H_{2b}. Por otra parte, la realización personal ($r = -.188$, $p > .01$) correlacionan de forma estadísticamente negativa y significativa con la variable años de ejercicio profesional por lo que este resultado permite confirmar la hipótesis H_{2c}.

C. Relaciones entre dimensiones del Burnout, lugar de trabajo, categoría profesional y género (ANOVA).

A continuación se presentan los resultados de los análisis de la varianza de un factor (ANOVA), tomando como factores o variables independientes el lugar de trabajo tabulado como atención primaria y atención especializada, categoría profesional tabulado como médicos y enfermeros y género tabulado como hombres y mujeres; como variables dependientes cada uno de los factores o dimensiones que componen las tres subescalas (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) del Maslach Burnout Inventory (MBI).

I. Análisis de la varianza de un factor para las dimensiones del Burnout y factor lugar de trabajo.

Los resultados de la tabla 12 muestran las diferencias significativas existentes para dos de las tres subescalas del MBI en función del lugar de trabajo. En la subescala cansancio emocional, no se encuentran diferencias significativas con respecto al lugar de trabajo, $F(1,194) .838$, $p = .361$. Al no encontrarse diferencias significativas, los resultados no permiten verificar la hipótesis, H_{3a} que hablaba de la existencia de diferencias significativas entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada sobre su nivel de cansancio emocional. En cuanto a la subescala despersonalización se presentan diferencias estadísticamente significativas en el factor lugar de trabajo $F(1,194) 15.821$, $p < .000$; y en la subescala realización personal $F(1,194) .17.38$, $p < .000$. Estos resultados permiten verificar las hipótesis H_{3b}: existen diferencias significativas en el nivel de despersonalización entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada y H_{3c}: diferencias estadísticamente significativas en el nivel de realización personal entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

Tabla 12. *Análisis de la varianza de un factor de lugar de trabajo para las dimensiones de Burnout.*

		N	M	DT	F	Sig
CANSANCIO EMOCIONAL	Atención primaria	99	20,85	10,126	.838	.361
	Atención especializada	96	22,18	10,133		
	Total	195	21,50	10,125		
REALIZACION PERSONAL	Atención primaria	98	32,45	8,797	17.386	.000*
	Atención especializada	96	37,18	6,856		
	Total	194	34,79	8,225		
DESPERSONALIZACION	Atención primaria	99	9,58	6,289	15.82	.000*
	Atención especializada	96	6,46	4,474		
	Total	195	8,04	5,677		

*p < .05

II. Análisis de la varianza de un factor para las dimensiones del Burnout y categoría profesional.

La tabla 13 muestra los resultados del Análisis de la Varianza de un Factor (ANOVA) de la variable categoría profesional (médicos y enfermeras) y las tres subescalas del MBI.

En la subescala cansancio emocional no se presentan diferencias significativas entre el personal de enfermería y medicina $F(1,194) = 2.79, p = .096$; para la subescala realización personal $F(1,194) = 0.003, p = .956$ y despersonalización $F(1,194) = 0.56, p = .813$, ocurre lo mismo, no existen diferencias significativas. Por lo que con los resultados encontrados no podemos verificar ninguna de las tres hipótesis planteadas H_{4a} : existen diferencias significativas en el nivel de cansancio emocional entre personal de enfermería y médicos; H_{4b} : existen diferencias significativas en el nivel de realización personal entre personal de enfermería y médicos y H_{4c} : existen diferencias significativas en el nivel de despersonalización entre personal de enfermería y médicos.

Tabla 13. *Análisis de la varianza de un factor para las dimensiones del Burnout y categoría profesional.*

		N	M	DT	F	sig
CANSANCIO EMOCIONAL	Médico	80	22,95	10,461		
	Enfermero	115	20,50	9,805	2.79	.096
	Total	195	21,50	10,125		
REALIZACION PERSONAL	Médico	80	34,75	8,755		
	Enfermero	114	34,82	7,871	.003	.956
	Total	194	34,79	8,225		
DESPERSONALIZACION	Médico	80	7,93	5,978		
	Enfermero	115	8,12	5,482	.056	.813
	Total	195	8,04	5,677		

*p < .05

III. Análisis de la varianza de un factor para las dimensiones Burnout y género.

La tabla 14 muestra los resultados del Análisis de la Varianza de un Factor (ANOVA) de la variable género (hombres y mujeres) y las tres subescalas del MBI. No se presentan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en ninguna de las escalas, siendo para la subescala cansancio emocional $F(1,194) 10,686$ $p = .001$; para la subescala realización personal $F(1,194) .1834$, $p = .177$ y despersonalización $F(1,194) 3.865$, $p = .050$. Por lo que con los resultados obtenidos no podemos verificar ninguna de las tres hipótesis planteadas H_{5a} : existen diferencias significativas en el nivel de cansancio emocional entre personal sanitario de hombres y mujeres; H_{5b} : existen diferencias significativas en el nivel de realización personal entre personal sanitario de hombres y mujeres y H_{5c} : existen diferencias significativas en el nivel de despersonalización entre personal sanitario de hombres y mujeres.

Tabla 14. *Análisis de la varianza de un factor para las dimensiones Burnout y Género.*

		N	M	DT	F	sig
CANSANCIO EMOCIONAL	Hombres	93	23,92	9,082		
	Mujeres	102	19,29	10,557	10,682	,001
	Total	195	21,50	10,125		
REALIZACION PERSONAL	Hombres	93	33,96	8,463		
	Mujeres	101	35,55	7,964	1,834	,177
	Total	194	34,79	8,225		
DESPERSONALIZACION	Hombres	93	8,87	5,990		
	Mujeres	102	7,28	5,292	3,856	,050
	Total	195	8,04	5,677		

*p < .05

D. Relaciones entre las variables psicológicas (depresión, ansiedad, neuroticismo, responsabilidad, afecto positivo y afecto negativo) con lugar de trabajo.

En la variable depresión de la escala HADS, se encuentran diferencias estadísticamente significativas con respecto al lugar de trabajo, $F(1,194) 15.537$, $p < .000$; siendo mayor en atención especializada con una media de 7.22 (dt: 3.006) y menor en atención primaria con una media de 5.39 (dt: 5.421). Estos resultados permiten verificar la hipótesis H_{6a} . En la variable ansiedad de la escala HADS, se encuentran diferencias estadísticamente significativas con respecto al lugar de trabajo, $F(1,194) 4.875$, $p = .028$; siendo mayor en atención primaria con una media de 4.91 (dt: 3.529) y menor en atención especializada con una media de 3.91 (dt: 2.753). Estos resultados permiten verificar la hipótesis H_{6b} .

Tabla 15. *Análisis de la varianza de un factor de lugar de trabajo para la escala de ansiedad de HADS*

		N	Media	DT	F	Sig
DEPRESIONHADS	Atención primaria	99	5,39	3,437	15.537	.000*
	Atención especializada	96	7,22	3,006		
	Total	195	6,29	3,351		
ANSIEDADHADS	Atención primaria	99	4,91	3,529	4.875	.028*
	Atención especializada	96	3,91	2,753		
	Total	195	4,42	3,202		

*p < .05

La tabla 16 presenta los análisis de la varianza de un factor para la escala NEO y el PANAS (afecto positivo y negativo). En la variable neuroticismo de la escala NEO, se encuentran diferencias estadísticamente significativas con respecto al lugar de trabajo, $F(1,194) 16.534$, $p < .000$; siendo mayor en atención primaria con una media de 35.71 (dt: 5.559) y menor en atención especializada con una media de 32.57 (dt: 5.085); para la variable responsabilidad de la escala NEO, se encuentran diferencias estadísticamente significativas con respecto al lugar de trabajo, $F(1,194) 6.686$, $p = .010$; siendo mayor en atención especializada con una media de 40.65 (dt:3.931) y menor en atención primaria con una media de 39.06 (dt: 4.560), por lo que para ambas variables podemos verificar las hipótesis H_{6c} y H_{6d} .

Por una parte en relación a la escala PANAS, en el afecto positivo se encuentran diferencias estadísticamente significativas con respecto al lugar de trabajo, $F(1,194) 8.411$, $p = .004$; siendo mayor en atención especializada con una media de 33.90 (dt: 5.42) y menor en atención primaria con una media de 31.47 (dt: 6.19); por otra parte el afecto negativo de la escala PANAS, se encuentran diferencias estadísticamente significativas con respecto al lugar de trabajo, $F(1,194) 7.968$, $p = .005$; siendo mayor en atención primaria con una media de 21.80 (dt: 7.065) y menor en atención especializada con una media de 19.16 (dt: 5.894); por lo que para ambas variables podemos verificar las hipótesis H_{6e} y H_{6f} .

Tabla 16. *Análisis de la varianza de un factor de lugar de trabajo para las dimensiones de Burnout y de la escala de ansiedad de HADS*

		N	Media	DT	F	Sig
NEUROTICISMO	Atención primaria	98	35,71	5,559	16.534	.000*
	Atención especializada	92	32,57	5,085		
	Total	190	34,19	5,550		
RESPONSABILIDAD	Atención primaria	99	39,06	4,560	6.686	.010*
	Atención especializada	94	40,65	3,931		
	Total	193	39,83	4,328		
PANASAFECTOPOSITIVO	Atención primaria	98	31,47	6,193	8.411	.0004*
	Atención especializada	96	33,90	5,426		
	Total	194	32,67	5,937		
PANASAFECTONEGATIVO	Atención primaria	98	21,80	7,065	7.968	.005*
	Atención especializada	96	19,16	5,894		
	Total	194	20,49	6,629		

E. Análisis de regresión lineal múltiple tomando como variable criterio el Burnout total y el resto de variables de personalidad como variables independientes.

La tabla 14 presenta el resumen del modelo de regresión lineal múltiple con las variables que han sido estadísticamente significativas del total de variables incluidas en el modelo. Se incluyen los valores de los coeficientes beta estandarizados, t de student y de significatividad también para las variables excluidas dentro del modelo.

Tabla 17. Regresión lineal múltiple entre las variables predictoras (afecto positivo, ansiedad y neuroticismo) y su relación con el Burnout.

Variable criterio: Burnout

Variables independientes	B	Beta	t
Afecto positivo	-1.526	-.516	-8.125**
Ansiedad	.758	.140	2.026**
Neuroticismo	.639	.201	3.036**

Nota: B coeficientes no estandarizados; $R^2 = .317$ ($N = 190$, ** $p < .00$, * $p < .05$)

Según los resultados obtenidos del análisis de regresión lineal múltiple en la tabla 17 y tomando como variable criterio el Burnout total (referencia de la escala) y como variables significativas del modelo afecto positivo, ansiedad y neuroticismo. En este sentido el afecto positivo presento una relación significativa y negativa ($B = -.516$; $t(190) = -8.125$, $p = .00$; asimismo la ansiedad presento una relación significativa y positiva con el Burnout ($B = .140$; $t(190) = 2.026$, $p = .00$; por último el neuroticismo mostró una relación positiva y significativa con el Burnout ($B = .201$; $t(190) = 3.036$, $p = .00$. Estas variables explican el 31.7% de la varianza del modelo.

Las variables que fueron incorporadas en el análisis de regresión lineal múltiple como explicativas pero que no presentaron relaciones significativas en el modelo final fueron: depresión ($B = -.031$; $t(190) = -.446$, $p = .65$, afecto negativo ($B = .062$, $t(190) = 2.674$, $p = .01$, extraversión ($B = .101$, $t(190) = 1.631$, $p = .105$, amabilidad ($B = .050$, $t(190) = .796$, $p = .427$, apertura ($B = -.037$, $t(190) = -.604$, $p = .547$ y responsabilidad ($B = -.032$, $t(190) = -.496$, $p = .621$).

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

1. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

En la presente investigación, tras analizar los resultados obtenidos, se cumplieron el objetivo general así como los objetivos específicos que se habían marcado al inicio del estudio y, respecto a estos últimos, la amplia mayoría de sus hipótesis de partida se ven confirmadas.

A continuación se discutirán dichas hipótesis mediante su contrastación con los resultados obtenidos en la presente investigación y en investigaciones previas. Asimismo, se dará respuesta a la pregunta de investigación formulada en la misma.

1.1 Nivel de Burnout y su relación con las variables sociodemográficas.

En el presente trabajo se expone información relativa a una muestra de participantes en cuya descripción cabe resaltar que está compuesta, de manera homogénea, (50.8% eran del medio extrahospitalario y un 42.2% eran del medio hospitalario; un 52.3% de la muestra era femenina, frente a un 47.7% que eran hombres; un 59.0% de enfermeros respecto a un 41.0% médicos), lo que supone una mayor facilidad a la hora de contrastar datos de un ámbito sanitario a otro.

Tal y como se desarrolló en el apartado 6, relacionado de la descripción de los instrumentos de medida utilizados en el estudio, las variables obtenidas mediante el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), (Anexo IV), son: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Y mediante el cuestionario de variables sociodemográficas, (Anexo III), las variables estudiadas recogidas son: sexo, edad, estado civil, años de convivencia, paternidad, número de hijos, si su pareja trabaja, la categoría profesional, lugar de trabajo, años de ejercicio profesional, antigüedad en el centro de trabajo y la turnicidad.

Los resultados obtenidos para las variables edad, estado civil, años de convivencia, paternidad, número de hijos, si su pareja trabaja y turnicidad, no fueron estadísticamente significativos, por lo tanto no profundizaremos en ellas, al no tener repercusión sobre el hecho de sufrir Burnout.

Pasaremos a ir desglosando las hipótesis planteadas, en base a los resultados estadísticamente significativos, con el fin de cubrir los objetivos marcados en el presente estudio de investigación que fueron: describir la prevalencia del Burnout y sus tres componentes en personal sanitario (médicos y enfermeras) en función del lugar de trabajo (atención primaria y

especializada); relacionar las variables ansiedad, depresión, rasgos de personalidad y rasgos afectivos positivos y negativos con el lugar de trabajo atención primaria y especializada.

Hipótesis I:

H₁: Las dimensiones del Burnout (cansancio emocional y despersonalización) se relacionarán positivamente con la antigüedad, mientras que la realización personal se relacionará negativamente con la antigüedad.

Los resultados obtenidos revelaron que el personal sanitario (médicos y enfermeras), con una mayor antigüedad en su puesto de trabajo presentaban niveles más altos tanto de despersonalización como niveles de falta de realización personal, por el contrario no se confirmó que el personal sanitario (médicos y enfermeras), con mayor antigüedad sufriera un mayor cansancio emocional, por lo que los trabajadores, sometidos a una antigüedad media de 12, 29 meses, presentan con una mayor frialdad, distanciamiento, irritabilidad, falta de empatía con el paciente, teniendo pensamientos de frustración, fracaso personal, aunque se siente con energía para aportar más, en el terreno afectivo mediante sus propios recursos emocionales.

En una primera instancia parecía obvio que pudiera haber una relación negativa entre el nivel de Burnout y la antigüedad del personal sanitario (médico y enfermeras), en su puesto de trabajo ya que cuanto más tiempo pasa un trabajador en un mismo servicio, podría haber más sentimientos negativos frente al desempeño de las actividades desarrolladas en el puesto de trabajo, tal y como describe la literatura respecto a las características propias del Síndrome de Burnout. Se comprobó por lo tanto que se cumplía para dos de sus dimensiones, despersonalización y falta de realización personal, pero no se cumplía para la dimensión de agotamiento personal.

Tuvimos en cuenta diversos estudios previos que tomaban la variable antigüedad y las dimensiones de Burnout y los resultados encontrados son muy dispares. Según el estudio de Rodríguez et al. (2008), refiere que el personal con más antigüedad es inmune a los efectos del Burnout, dato que es opuesto a los hallados en nuestro estudio, que no muestra tal inmunidad para las variables de despersonalización y baja realización personal, aunque sí para la variable agotamiento emocional. Otros estudios revisados, aportan que el personal con mayor antigüedad sufre más cansancio emocional, ya sea por monotonía, estrés o sobrecarga

laboral nuevamente datos que son contrarios a los obtenidos en el presente estudio. (Gómez et al., 2017; Fernández, Aguayo y Cañadas., 2017; Joffre, 2009).

Hipótesis II:

H₂: Las dimensiones del Burnout (cansancio emocional y despersonalización) se relacionarán positivamente con los años de ejercicio profesional, mientras que la realización personal se relacionará negativamente con los años de trabajo.

Según los resultados obtenidos en base a los años de ejercicio profesional, el personal sanitario (médicos y enfermeras) de nuestro estudio, no mostraban diferencias significativas para las dimensiones de agotamiento personal y despersonalización, pero sí para la dimensión de baja realización personal, por lo que el personal sanitario sufrían una tendencia negativa a valorarse a sí mismos, en el desarrollo de su práctica asistencial, estos resultados podrían deberse a la madurez psicológica de la persona (y por lo tanto mayor edad cronológica), los profesionales desarrollan un menor agotamiento emocional y menor despersonalización por la puesta en marcha de mecanismo de estrategias de afrontamiento personales que van unidas a la madurez psicológica de la persona, que la hace tener mecanismos moduladores frente a las determinadas situaciones de posible estrés en el ámbito laboral de las que pueda tener un trabajador con menos experiencia en el ámbito de su profesión, bien sea por ejemplo, por las inseguridades propias creadas por la baja experiencia de las técnicas a desarrollar.

Según nuestros planteamientos previos, el mayor número de años de servicio en una institución puede influir en forma negativa produciendo acumulación de situaciones estresantes para el trabajador en la práctica asistencial por tanto, mayor sería la probabilidad de sufrir niveles altos de Burnout en sus tres dimensiones, reflexión que defiende por tanto de los resultados de nuestro estudio.

En otros estudios realizados como el realizado por Gómez et al. (2009), no se encontraron diferencias significativas en ninguna de sus tres dimensiones. Otro estudio encontrado de Atance (1997), resaltaba que respecto a los años de ejercicio profesional fue significativa la falta de realización personal en el grupo de más antigüedad, mismos resultados que los obtenidos en nuestra investigación. Sin embargo para las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización los datos son iguales que los hallados en nuestro estudio.

Hipótesis III:

H₃: existen diferencias significativas entre las dimensiones de Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y el lugar de trabajo.

Los resultados encontrados en base a los datos recogidos en nuestra investigación, mostraron que no hay diferencias significativas para la dimensión agotamiento emocional respecto al lugar de trabajo, por el contrario si se hallaron diferencias significativas para las dimensiones, despersonalización y baja realización personal. Para la despersonalización, fue el ámbito de atención primaria el que nos mostró valores superiores y por el contrario la baja realización personal fue superior en el ámbito hospitalario, estos datos pueden verse respaldados por las funciones propias de cada ámbito sanitario. En atención primaria, los profesionales sanitarios de medicina y enfermería, realizan labores de prevención, educación, seguimiento y tratamiento prolongado y continuo a la población, con patologías principalmente crónicas. Además se valora y trata a la persona en su comunidad y en su domicilio, frente a las cortas estancias y enfermedades agudas de los servicios hospitalarios. Por ello es esperable que los niveles de Burnout difieran entre unos servicios y otros. Siendo mayores los resultados obtenidos en base a la dimensión de despersonalización, atención primaria, donde el trabajo continuo y más personalizado hacia el paciente por sus intervenciones mucho más cercanas y largas en el tiempo, puesto que se tratan enfermedades crónicas, puede llegar a crear en el personal sanitario aptitudes de mayor frialdad, falta de empatía, etc; debido a lo que supone la practica asistencial con este tipo de población más demandante de cuidados.

Además, también parece de relevancia mencionar los recientes traslados que se han producido en la sanidad, donde el personal sanitario dentro de su ámbito propio, atención primaria. Nombramientos que suponían el cambio de localidad donde realizaban su práctica asistencial. Esto suponía, nuevos compañeros, nuevas infraestructuras, nuevo cupo de pacientes, etc; reflexiones que nos hicieron crear las hipótesis anteriormente mencionadas.

Si comparamos con otro estudio publicado mencionado anteriormente, Atance (1997), obtuvieron que según los niveles asistenciales, valores más altos en atención especializada respecto a primaria tanto para Burnout como para todas sus dimensiones, siendo significativas estas diferencias en todos los casos excepto para la falta de realización personal de acuerdo con los mismos obtenidos en el presente estudio para esta dimensión pero no para las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización.

Hipótesis IV:

H₄: existen diferencias significativas entre las dimensiones de Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y la categoría profesional.

El estado de participación en el presente estudio según la categoría profesional de un 59% de enfermeros y un 41% de médicos, en base a esto obtuvimos que en las tres dimensiones del Síndrome de Burnout agotamiento, despersonalización y falta de realización personal no había diferencias significativas respecto a desempeñar las funciones de medicina o enfermería. Resultados llamativos si pensamos en que tanto las funciones propias de cada categoría profesional, la carga asistencial, la remuneración, etc, no es comparable de una profesión a otra, que nos hicieron plantearnos las hipótesis de nuestro estudio.

Si comparamos los datos obtenidos en nuestra investigación, con otros publicados anteriormente, los resultados difieren, en base a que si se presentan diferencias significativas de una categoría profesional a otra. (Grau, Suñer, García, 2005; Atance, 1997; Pera, Serra-Prat, 2002; Caballero, Nieto, Caballero, 2001).

Sin embargo otros estudios publicados previamente, Grau, Suñer y García (2005) señalan que son los médicos y las enfermeras los más afectados en la dimensión de agotamiento emocional, ambos grupos de profesionales muestran los mismos resultados y para las dimensiones de despersonalización y baja realización personal, son los médicos únicamente los que han presentado peores resultados, asociados a mayor nivel de Burnout para estas dimensiones. Del mismo modo que el anterior estudio tomado para la comparación de resultados, otros estudios, que han valorado de forma conjunta diversas categorías de sanitarios (médicos y enfermeras) también han hallado mayores niveles de desgaste profesional en los médicos (Atance, 1997; Pera, Serra-Prat, 2002; Caballero, Nieto, Caballero, 2001).

Hipótesis V:

H₅: existen diferencias significativas entre las dimensiones de Burnout (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y el género.

Los resultados obtenidos en el presente estudio nos dictaron que no existen diferencias significativas de género relacionado con ninguna de las dimensiones del Burnout. Nos sorprendió mucho este resultado, puesto que gran parte de la bibliografía consultada sobre el tema, (Albaladejo et al., 2004; Álvarez et al, 2005; Atance, 1997, entre otros), sí trataba esta diferencia, marcando al grupo femenino con mayor predisposición a padecer este síndrome. Esta misma idea fue la que nos llevó a plantearnos la hipótesis, apoyada en la reflexión de que debido, según la literatura a la doble carga de trabajo (doméstico y laboral), multiplicidad de roles, imposibilidad de gozar de tiempo propio y la desvalorización social y en algunos casos económica que ha sufrido este grupo. Por tanto, los resultados obtenidos, muestran datos positivos y novedosos sobre el tema a estudio, que pueden marcar un avance.

Sin embargo, cabe destacar que en otros estudios encontrados, se obtuvieron mayores niveles de Síndrome de Burnout en hombres (Beck, 1987; Caballero et al., 2001; Cahoon y Roney, 1984; Cordeiro, 2001; Prieto, Robles et al., 2002).

1.2 Lugar de trabajo (atención primaria y atención especializada) y su relación con las variables psicológicas.

En el presente estudio de investigación quisimos contrastar el posible efecto que tiene el diferente lugar de trabajo, atención primaria o atención especializada, del personal sanitario, médicos y enfermeras, con la relación o no de las variables psicológicas estudiadas, ansiedad, depresión, afecto positivo, afecto negativo. Por lo tanto lo que se pretende explicar es si trabajar en un ámbito sanitario u otro implica sufrir algún trastorno psicológico, es decir si los trabajadores sanitarios están más expuestos a desarrollar determinadas patologías como la ansiedad, depresión, etc, al trabajar en un determinado entorno sanitario. En base a estos conceptos previos, nos llevaron a plantearnos las hipótesis que se describen a continuación:

H_{6a}: existen diferencias significativas en el nivel de depresión entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

H_{6b}: existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

H_{6c}: existen diferencias significativas en el nivel de neuroticismo entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

H_{6d}: existen diferencias significativas en el nivel de responsabilidad entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

H_{6e}: existen diferencias significativas en el nivel de afecto positivo entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

H_{6f}: existen diferencias significativas en el nivel de afecto negativo entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

Para la recogida de datos y su posterior análisis, como mencionamos y desarrollamos en el apartado 6 del presente trabajo, se utilizaron las siguientes escalas HADS, PANAS y NEO.

La población ha aumentado sus expectativas respecto a la capacidad de resolución de sus problemas por parte de los servicios sanitarios. Pide y casi exige del sistema sanitario que utilice sus herramientas preventivas, diagnósticas y terapéuticas de forma efectiva y rápida para mantenerla sana el mayor tiempo posible. Los servicios sanitarios son un elemento importante para este fin. Es preciso planificar actuaciones conjuntas, tal y como se explicó en el apartado 3, del funcionamiento y organización del Sistema Nacional de Salud, orientadas a mejorar la calidad de vida de la población.

Donde, actualmente la oferta de servicios de la atención primaria, es aún demasiado limitada e impide que alcance su poder resolutivo máximo debiendo de derivar al nivel secundario, la atención especializada, para la solución de muchos problemas de salud y también la capacidad diagnóstica de los mismos o la aplicación de medidas terapéuticas que en ocasiones podrían sin duda ser atendidos y aplicados en atención primaria.

1.2.1 Lugar de trabajo (atención primaria y atención especializada) y su relación con la depresión.

Para la depresión y su posible relación positiva con el Síndrome de Burnout objeto de estudio se planteó la siguiente hipótesis:

H_{6a}: Existen diferencias significativas en el nivel de depresión entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

En base a la anterior hipótesis obtuvimos los siguientes resultados donde, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al lugar de trabajo, siendo un mayor nivel de depresión en el ámbito de atención especializada respecto a un nivel menor en el de atención primaria.

Estos resultados pueden deberse a que dentro del ámbito de trabajo en atención especializada y de manera individualizada de cada trabajador, se den una serie de desencadenantes a la

depresión propios que sería conveniente analizar de una manera individual para poder llegar a la completa comprensión de los resultados.

Referente al anterior contexto, no hemos encontrado estudios previos que nos hablen de la relación existente entre el lugar de trabajo, bien sea atención primaria por el contrario atención especializada y el riesgo de sufrir mayor depresión.

1.2.2 Lugar de trabajo (atención primaria y atención especializada) y su relación con la ansiedad.

Planteamos con el fin de dar respuesta a la relación existente entre la variable ansiedad y lugar de trabajo, la siguiente hipótesis:

H_{0b}: existen diferencias significativas en el nivel de ansiedad entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

Respecto a la variable psicológica de ansiedad, los resultados, según los datos recogidos de nuestro estudio nos mostraron la existencia de diferencias estadísticamente significativas con respecto al lugar de trabajo, siendo mayor en atención primaria y menor en atención especializada.

Estos resultados nos aportan la información de que los profesionales sanitarios de nuestra muestra mostraron un mayor índice de ansiedad en el ámbito de atención primaria, respecto al ámbito de atención especializada.

Como hemos mencionado con anterioridad, los continuos cambios (traslados) que ha sufrido el personal de este nivel asistencial puede ser un detonante a procesos ansiosos. Sensaciones de tensión, miedo, desasosiego, producidos por el sentimiento de qué va a pasar conmigo, dónde me mandaran, nuevos entornos, nuevos pacientes, nuevos horarios, etc.

Referente a esta relación de ansiedad y lugar de trabajo (atención primaria y atención especializada) no hemos encontrado en la literatura estudios que relacionen ambas variables. Los estudios encontrados, sólo muestran un nivel asistencial, uno u otro y su relación con la posibilidad de sufrir ansiedad. Por lo tanto, no podríamos establecer una comparación de nuestros resultados, con estudios previos.

1.2.3 Lugar de trabajo (atención primaria y atención especializada) y su relación con el afecto positivo y afecto negativo.

La posibilidad de hallar resultados estadísticamente significativos en lo referente a una muestra de sanitarios y compararla entre el primer y segundo nivel asistencial, nos llevó a plantearnos las siguientes hipótesis:

H_{6e}: existen diferencias significativas en el nivel de afecto positivo entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

H_{6f}: existen diferencias significativas en el nivel de afecto negativo entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

Por una parte en relación entre el afecto positivo y el lugar de trabajo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, siendo mayor en atención especializada y menor en atención primaria.

Si tomamos los datos obtenidos con los obtenidos para la variable de ansiedad, (personal sanitario con mayor nivel de ansiedad, estaba representado por los médicos y enfermeras del primer nivel asistencial) y los aportados en la literatura, tal y como se muestra en la tabla 6, del presente estudio, que nos hace referencia a que una de las características propias de la ansiedad es mostrar a la persona que la padece un bajo afecto positivo, vemos que coincide con esta, para las dos variables objeto de estudio.

Por otra parte en lo referente a la variable de personalidad de afecto negativo, los resultados del presente estudio nos mostraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al lugar de trabajo, siendo mayor en atención primaria y menor en atención especializada.

El estado de ánimo, ya sea positivo o por el contrario negativo, está relacionado con los sentimientos que componen el Burnout, estos influyen en la manera en que el individuo se enfrenta a situaciones estresantes o problemas que acontecen nuestra práctica diaria, que se interpretan de manera muy diferente en función de nuestra energía. De tal manera, cuando el estado de ánimo es negativo, tal y como muestran los profesionales de atención primaria, la falta de energía que siente el individuo, le repercute la hora de hacer frente a estas situaciones, no siendo capaz de hacerlas frente por tener los recursos agotados, siendo más vulnerable a experimentar tensión. Por el contrario, cuando el individuo siente estados de ánimo positivos, representados en nuestro estudio por el personal de atención especializada, se enfrentan a estos problemas de una manera más optimista y positiva, siendo capaces de darlos solución mediante sus propios recursos. Por lo tanto, los resultados obtenidos muestran un perfil de personal sanitario del ámbito de atención primaria, donde incluye la muestra de médicos y

enfermeras, que se describiría con una tendencia a ser sujetos que tienden a manifestar desinterés, aburrimiento, predominando la tristeza y el letargo, manifestado por tener un bajo afecto positivo y sentimientos negativos como miedo o ansiedad, tristeza o depresión, culpa, hostilidad e insatisfacción, por actitudes negativas y pesimismo, también por problemas o quejas somáticas y finalmente por insatisfacción y apreciación negativa de sí mismo, manifestado por presentar afecto negativo.

En lo referente a la búsqueda bibliográfica de estudios realizados anteriormente tomando las anteriores variables, no encontramos trabajos previos.

1.2.4 Lugar de trabajo (atención primaria y atención especializada) y su relación con el neuroticismo.

En lo referente a la variable de personalidad, neuroticismo, y su relación con el lugar de trabajo, nos planteamos la siguiente hipótesis:

H_{6c}: existen diferencias significativas en el nivel de neuroticismo entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

Según los datos recogidos mediante la escala NEO para la variable neuroticismo, los resultados que obtuvimos fueron que se encuentran diferencias estadísticamente significativas con respecto al lugar de trabajo, siendo mayor en atención primaria y menor en atención especializada. Datos que se relacionan positivamente con los recogidos para las variables de personalidad, ansiedad y afecto, tal y como nos muestra la literatura estudiada sobre el tema.

Tal y como se muestran por tanto los resultados, el personal sanitario compuesto por médicos y enfermeras de atención primaria, tiene tendencia a ser: ansioso, deprimido, tenso, irracional, tímido, triste, emotivo, con baja autoestima y sentimientos de culpa.

Respecto a revisiones realizadas que aborden dicha variables tomadas, tampoco encontramos trabajos de investigación previos.

1.2.5 Lugar de trabajo (atención primaria y atención especializada) y su relación con la responsabilidad.

En base a la posible relación de la variable de responsabilidad y el lugar de trabajo del personal sanitario, médicos y enfermeras, nos planteamos la siguiente hipótesis:

H_{6d}: existen diferencias significativas en el nivel de responsabilidad entre trabajadores del servicio de atención primaria y atención especializada.

Los resultados obtenidos para la responsabilidad, variable de personalidad de la escala NEO, fueron estadísticamente significativos, siendo mayor en atención especializada y menor en atención primaria. Estos datos nos muestran que el perfil del personal sanitario de médicos y enfermeras del segundo nivel asistencial es de ser individuos más responsables y organizados que cuentan con principios sólidos y no paran hasta alcanzar sus objetivos, con respecto al del primer nivel asistencial o atención primaria.

Como ocurría para las anteriores variables de personalidad y su relación con la práctica asistencial de un nivel u otro, no hemos encontrado estudios previos al respecto.

1.3 Nivel de Burnout total y su relación con las variables de personalidad.

Por último, nos pareció interesante relacionar el nivel de Burnout total con las variables de ansiedad, depresión, personalidad y afecto positivo y negativo y por consiguiente se plantearon las siguientes hipótesis:

H₇: la variable Burnout se relacionará de manera significativa y positiva con ansiedad y neuroticismo y de forma negativa con el afecto positivo.

Según los resultados obtenidos del análisis de regresión lineal múltiple donde tomamos como variable criterio el Burnout total (referencia de la escala) y como variables significativas del modelo afecto positivo, ansiedad y neuroticismo, obtuvimos los resultados que se describirán a continuación, :

En primer lugar, para la variable de afecto positivo presentó una relación significativa y negativa con respecto al Burnout total, por tanto la muestra de personal sanitario de médicos y enfermeras, tanto de atención primaria como de atención especializada con niveles de burnout en sus tres dimensiones, mostraron un nivel bajo de afecto positivo. Las características que definirían al personal sanitario encuestado sería, de manera general, con sentimientos de desinterés, aburrimiento, predominando la tristeza, letargo, desgana, torpeza, bajos niveles de confianza y de asertividad, languidez, falta de interés por las cosas, sentimientos de que nada divierte, etc. Podríamos decir que cuando se tiene un bajo afecto positivo, la persona no es capaz de hacer frente a los problemas o estresores que se producen en el desarrollo de su práctica asistencial, características que según la literatura que sostiene el Síndrome de Burnout, y recogida en el capítulo I del presente estudio, mantiene una relación común.

Si tomamos los resultados de nuestro estudio para relacionarlos con estudios anteriores podemos observar que para la variable de afecto positivo relacionada de manera inversamente proporcional, con Burnout total, se obtuvieron según una investigación realizada por, Hernández et al., 2005, los mismo resultados que los nuestros.

Por otro lado, para la variable de ansiedad, los resultados mostraron una relación significativa y positiva con el Burnout total.

Para la variable de ansiedad, hemos encontrado estudios que muestran los mismos resultados hallados en nuestra investigación, donde se destaca la relación positiva existente entre la ansiedad y niveles elevados de Burnout. (Cebriá et al., 2001; Gómez-Urquiza et al., (2017).

Por último, el neuroticismo, variable de personalidad, mostró una relación positiva y significativa con el Burnout total, por lo tanto es la personalidad neurótica la que tiene una tendencia positiva a desarrollar Burnout, al tratarse de individuos ansiosos, deprimidos, tensos, irracionales, tímidos, tristes, emotivos, con baja autoestima y sentimientos de culpa. El desarrollo de estos trastornos neuróticos (trastornos de ansiedad como del estado de ánimo), pueden ser variables causales individuales del individuo que condicionan, en nuestro caso al Burnout.

Si tomamos el neuroticismo y su relación con el burnout para la búsqueda de estudios previos, encontramos estudios que obtuvieron los mismos resultados que en nuestro estudio. (Roth y Pinto, 2010; Cañadas-De la Fuente et al., 2016).

Las variables que fueron incorporadas en el análisis de regresión lineal múltiple como explicativas pero que no presentaron relaciones significativas en el modelo final fueron: depresión, afecto negativo, extraversión, amabilidad y responsabilidad.

1.4 Limitaciones del estudio.

Cabe destacar que el presente trabajo de investigación sugiere una serie de limitaciones o sesgos a la hora de comparar con otros estudios previos realizados, como serian la utilización de las escalas utilizadas, el número de nuestra muestra que no permite extrapolar los resultados al resto de la población sanitaria y, tampoco a otra población vinculada a los diferentes niveles de atención sanitaria, las diferencias culturales entre los sujetos muestrales, las diferencias en su contexto laboral específico, el momento en el que fueron tomados los datos.

2. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO.

La bibliografía está llena de aportaciones referentes a la importancia del Burnout en las profesiones sanitarias. A pesar de ello, sigue existiendo gran disparidad de resultados en cuanto a las prevalencias del Burnout en general y de cada uno de sus tres componentes en particular.

Para concluir, a continuación mostraremos las conclusiones a las que hemos llegado en nuestro estudio, tomando cada una de las variables:

1. Según nuestros datos las variables: edad, género, estado civil, años de convivencia, paternidad, número de hijos, si su pareja trabaja y turnicidad, no parecen tener una relación positiva a la hora de desarrollar Síndrome de Burnout en nuestra muestra de profesionales sanitarios.
2. La antigüedad que presenta el personal sanitario en un nivel asistencial determinado parece afectar a la predisposición de Burnout en las dimensiones despersonalización como niveles de falta de realización personal, por el contrario no se confirmó para la dimensión de cansancio emocional.
3. En base a la variable de los años de ejercicio profesional, la muestra de médicos y enfermeras de nuestro estudio, poseía una relación positiva con la baja realización personal para sufrir Burnout, pero una relación negativa con las dimensiones de agotamiento personal y despersonalización.
4. El hecho de prestar asistencia sanitaria por parte del personal sanitario en un nivel asistencial u otro nos desveló que son los profesionales sanitarios de atención primaria quienes tenían un nivel mayor de despersonalización y los de atención especializada un nivel mayor de baja realización personal, respecto al otro colectivo. Por el contrario para la dimensión de agotamiento emocional, no se hallaron resultados significativos para ninguno de los ámbitos sanitarios.
5. En el estudio de la categorial profesional los datos recogidos no mostraron una mayor probabilidad de sufrir Síndrome de Burnout por tener los estudios en medicina o enfermería.
6. Para la variable de género los resultados obtenidos no mostraron diferencias para sufrir Burnout por ser hombre o mujer.
7. Los resultados que obtuvimos con la posible relación del lugar de trabajo, bien sea atención primaria o atención especializada, con las variables de personalidad, los datos nos desvelaron que son los profesionales sanitarios del primer nivel asistencial

(atención primaria), los que tiene un perfil de personalidad ansiosa, neurótica y sentimientos negativos. Sin embargo, son los profesionales del segundo nivel asistencial (atención especializada), los que se describen con una personalidad más depresiva, emociones o sentimientos positivos y responsabilidad, si los comparamos con el otro colectivo.

8. Por último al realizar una relación del Síndrome de Burnout con sus tres dimensiones y las variables de personalidad, los datos nos mostraron que en nuestra muestra de personal sanitario es la personalidad con bajo afecto positivo, con tendencia a la depresión y rasgos neuróticos, la que posee una relación positiva con el Síndrome de Burnout.

Para concluir nos gustaría mencionar la necesidad de mejorar las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud, mediante planes de prevención de prevención, que permitan optimizar la gestión emocional, especialmente la reducción de la depresión y la ansiedad. Ello comportaría la disminución del riesgo de presentar malestar psicológico, y subsecuentemente la reducción del Burnout y de trastornos más severos derivados del riesgo profesional.

CAPÍTULO VI:
LISTADO DE SIGLAS Y
ABREVIATURAS

A: Afabilidad o Amabilidad.

AN: Afecto negativo.

AP: Afecto Positivo.

APA : American Psychiatric Association.

BI: Burnout Index.

BM: Burnout Measure.

BS: Burnout Scale.

C: Tensión o Responsabilidad.

CBB: Cuestionario breve de Burnout.

CBP: Cuestionario de Burnout del profesorado.

CBP: Cuestionario de Burnout del Profesorado.

CDPE: Cuestionario de desgaste profesional en enfermería.

CESQT PS: Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en Profesionales de la Salud.

CIE: Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.

D: Despersonalización.

DANO: Dirección Asistencial Noroeste

DAO: Dirección Asistencial Oeste

DSM: Clasificación de la American Psychiatric Association.

E: Extraversión.

E: Extroversión.

EAE: Atención Especializada

EAP: Equipo de Atención Primaria

EDI: Energy Depletion Index.

EE: Agotamiento Emocional.

ELBOS: Emener-Luck Burnout Scale.

EPB: Escala de Efectos Psíquicos del Burnout.

EPI: Inventario de Personalidad de Eysenck.

EVPB: Escala de Variables Predictoras de Burnout.

FS: Educators survey.

GNBI: Gillespie-Numerof Burnout Inventory.

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

HBAS: Holland Burnout Assessment Survey.

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

MBI: Maslach Burnout Inventoy.

MBI-GS: MBI-General Survey.

MBI-HSS: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey.

MBSE: Matthews Burnout Scale for Employees.

N: Neuroticismo.

NSI: Nurse Stress Index.

NSS: Nursing stress Scale.

O: Apertura a la experiencia.

P: Psicoticismo.

PA: Baja Realización Personal.

PANAS: Positive and Negative affect Schedule.

RBI: Rome Burnout Inventory.

SBSS HP: Staff Burnout scale for health profesional.

SERMAS: Servicio Madrileño de Salud.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

TAS: Teacher Attitude Scale.

TBS: Teacher Burnout Scale.

TM: Tedium Measure.

VS. : Versus

CAPÍTULO VII:
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.

Agudelo, D., Buena G. y Spielberger, Ch. (2007). Ansiedad y depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30 (2), 33-41.

Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.

Alloy, L. B., Kelly, K. A., Mineka, S., y Clements, C. M. (1990). *Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A help-lessness-hopelessness perspective*. En J. D. Maser y C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorder*. (pp. 499-543). Washington: American Psychiatric Press.

Allport, G. (1974). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.

Allport, G. W. (1970 a). *La personalidad*. Barcelona: Herder.

Allport, G. W. (1970 b). *Psicología de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.

Allport, G.W. (1937). *Personality, a psychological interpretation*. New York: Holt and Company.

Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Alonso, F. (1988). *La depresión y su diagnóstico*. Nuevo modelo clínico: Barcelona. Ed. Labor.

Álvarez, A.M., Arce, M.L., Barrios, A.E. y Sánchez de C., A.R. (2005). Síndrome de burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Posgrado de la VIa. Cátedra de Medicina*, 141, 27-30.

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.) Washington, DC, EE. UU.: Author.

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado (DSM IV-TR). Barcelona, España: Masson.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC, EE. UU.: Author.

Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15, 1-7.

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 M., J.C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 7(3), 293-303.

Aveni, M., y Albani, F. (1992). *The Burnout síndrome in the helping professions: A study of socio-sanitary staff working with the elder persons in different geriatric services in Lombardy area*. En Via, J. y Portella, E. *La sociedad ante el envejecimiento y la minusvalía*. Barcelona: S.G. Editores.

Avia, M. D., Sanz, J., y Sánchez-Bernardos, M. L. (1997). *Versión española del Inventario de personalidad NEO-Revisado (NEO PI-R) de Paul T. Costa y Robert R. McCrae (1992)*. Versión experimental. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

Ayuso, J. L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.

Ayuso, J. L. y López, J. (1993). Síndrome de burnout y SIDA. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 27, 42-46.

Barenbaum, N. B. y Winter, D.G. (2003). *Personality*. En D.K. Freedheim (Ed.), *Handbook of psychology: History of Psychology* (pp. 173-203). Hoboken: Wiley.

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
- Beck, D. F. (1987). Counselors burnout in family service agencies. *Social Casework*, 68 (1), 3-15.
- Belloch, A., y Baños, R. (1986). *Clasificación y categorización en psicopatología*. In A. Belloch y P. Barreto (Dirs.), *Psicología clínica: Trastornos biopsicosociales* (pp. 1-48). Valencia, España: Promolibro.
- 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).
- Bowman, M.A. y Allen, D.I. (1985). *Stress and Women Physician*. New York: Springer.
- Bradburn, M.N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- 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? *Personality and Individual Differences*, 30, 873-880.
- Brill, P. L. (1984). The need for an operacional definition of burnout. *Family and Community Health*, 6, 12-24.
- Bulbena, A. (1986). *Psicopatología de la psicomotricidad*. In J. Vallejo (Ed.), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (pp. 236- 255). Barcelona: Salvat.
- 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.

- Bustanza, A., López-Herce, J., Carrillo, A., Vigil, MD., de Lucas, N. y Panadero, E. (2000). Situación del Burnout de los pediatras intensivistas españoles. *Asociación Española de Pediatría*, 52, 418-23.
- Caballero, M., Bermejo, F., Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, 27 (5), 313-317.
- Cahoon, A. y Roney, J. (1984). Managerial burnout: a comparison by sex and level responsibility. *Journal of Health and Human Resources Administrations*, 7, 249-263.
- Calderón, G. (1999). *Depresión*. Un libro para enfermos deprimidos y médicos en general: México. Ed. Trillas.
- Campbell, S. B. (1986). *Developmental issues in childhood anxiety*. In R. Gittelman, Anxiety disorders of childhood (pp. 24-57). New York: Guilford Press.
- Cañadas-De la Fuente, GA., Albendín-García, L., Fuente, EI., San Luis, C., Gómez-Urquiza, JL. y Cañadas, GR. (2016). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería que realizan jornada física complementaria en servicios de cuidados críticos y urgencias. *Revista Española de Salud Pública*, 90
- Cardinell C.E. (1987). Work stress, hardiness and Burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research*, 33 (6), 374-378.
- Cardinell, C. E. (1981). Burnout Mid-life crisis. Let's understand ourselves. Contemporary education.
- Castro Solano, A. (2005). *Técnicas de evaluación psicológica en los ámbitos militares*. Motivación, valores y liderazgo. Buenos Aires.: Paidós.
- Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo M.J. y Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atencion primaria*, 27 (7), 459-468
- Cerda, E. (1985). *Una psicología de hoy*. Barcelona: Herder.
- Chemiss, C. (1980). *Staff Burnout*. Londres: Sage Publications.
- Cifre, E. (1999). *Bienestar psicológico, características del trabajo y nuevas tecnologías: validación-ampliación del modelo vitamínico de Warr*. Tesis doctoral: Universitat Jaume I.

- Clark, J. V. y Arkowitz, H. (1975). Social anxiety and self-evaluation of interpersonal performance. *Psychological Reports*, 3 (6), 211-221.
- Clark, L.A., Watson, D. y Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal Psychology*, 103, 103-11.
- Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. (1999). Clasificación Internacional de la Atención Primaria: CIAP-2. Barcelona: Masson.
- Cooper, C.L., Rout, U. y Faragher, B. (1989). Mental health, job satisfaction and job stress among general practitioners. *British Medical Journal*, 298, 366-370.
- Cordeiro, J. (2001). *Prevalencia del síndrome de Burnout en el profesorado de primaria de la zona de Bahía de Cádiz*. Tesis Doctoral. Universidad de Cádiz.
- Costa, P. T., Jr., y McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., Jr., y McCrae, R. R. (1989). *The NEOPI/ FFI manual supplement*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., Jr., y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO FiveFactor Inventory (NEO-FFI). Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., Jr., y McCrae, R. R. (1999). *Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R). Inventario NEO reducido de Cinco Factores (NEO-FFI). Manual*. Madrid: TEA.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1994). *Set like plaster: Evidence for the stability of adult personality*. In T. F. Heatherton y J. L. Weinberger (Ed.), *Can personality change?* (pp. 21-40). Washington, DC: American Psychological Association.
- Costa, P.T., y McCrae, R.R. (1994). *Stability and change in personality from adolescence through adulthood*. En C.F., Halverson, G., Kohnstamm y R. Martin (Eds.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp.139-150). Hillsdale, NJ: LEA.
- Cronin-Stubbs, D. and Rooks, C. (1985). The stress, social support, and burnout of critical care nurses. *Heart and Lung*, 14, 31-39.

- Dale, J. and Weinberg, R.S. (1989). The relationship between coaches' leadership style and burnout. *The Sport Psychologist*, 3, 1–13
- Del Barrio, V. (1992). *Evaluación de las características de la Personalidad*. En: Fernandez-Ballesteros, R. (ed.). *Introducción a la Evaluación Psicológica II*. Madrid: Pirámide
- Demeuroti, E., Bakker, A.R., Nachreiner, F. and Schaufeli W.B. (2000). A model of Burnout and life satisfaction among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32, 454-64.
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Science Press.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A. y Hannigan B. (2000). Burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *The Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, 7-14
- Emener, W. G., y Luck, R. S. (1980). *Emener-Luck Burnout Scale*. New York. Elbos.
- Endler, N. S. y Okada, M. (1975). A multidimensional measure of trait anxiety: The S-R inventory of general trait anxiousness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 319-129.
- Epstein, S. (1972). *The nature of anxiety with emphasis upon its relationship to expectancy*. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp. 291-337). New York: Academic Press.
- Eysenck, H. J. (1952). *The scientific study of personality*. New York: Praeger.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Eysenck, H. J. (1975). *Anxiety and the natural history of neurosis*. In C.
- Eysenck, H. J. (1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: the three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, 58, 245-261.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, M. W. (1985). *Personality and Individual Differences: A Natural Science approach*. New York: Plenum Press.
- Eysenck, H. J. y Eysenck, S.B.G. (1964). *Eysenck Personality Inventory*. Londres: Hodder and Stoughton.

- Eysenck, H.J. (1959). *Manual of the Maudsley Personality Inventory*. London: Univ. of London P. (Hodder and Stoughton).
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Abascal, E.G., Jiménez, M.P. y Marton, M.D. (2003). *Emoción y motivación. La adaptación humana*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fernández-Dols, J.M. (1994). Bases sociales de la emoción. *Psicología social*, 325-359.
- Fernando Lolas Stepke, MD. *Pautas Éticas Internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*. [Internet]. Edición en lengua española. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 1994 [actualizado 1994; citado 6 enero 2015] Disponible en: http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf
- Fierro, A. (1996). Paradigmas, Investigación, Teorías en *Manual de Psicología de la Personalidad*, 9, 317-319.
- Fierro, A. (1998). *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Firth, H., McIntee, J., McKeown, P. y Britton, P. (1986). Burnout and professional depression. Related concepts. *Journal of Advanced Nursing*, 11 (6), 633-642.
- Forgas, J.P. (1995). Mood and judgment: the affect infusion model (AIM). *Psychological Bulletin*, 117, 39-66.
- Franks, C. M. (1969). *Behavior therapy: Appraisal and status*. New York: McGraw-Hill.
- Freud, S. (1964). *A disturbance of memory on the Acropolis*. London: Hogarth.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30 (1), 159-165.
- Freudenberger, H. J. (1980b). *Burnout: the high cost of high achievement*. Garden City, New York: Doubleday.
- Friedman, E. S. y Thase, M. E. (1995). *Trastornos del estado de ánimo*. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobbles, (Eds.). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Vol. 1. Madrid: Siglo XXI. Editores, S.A.

- Friedman, I. A. (1995). School principal burnout. The concept and its components. *Journal of Occupational Behaviour*, 16,191-198.
- Garcés de Los Fayos, E. J. (1994). *Burnout: Un acercamiento teórico-empírico al constructo en contextos deportivos*. Tesis de Licenciatura. Murcia: Universidad de Murcia.
- García, M. (1990). *Una escala para la evaluación del burnout profesional en las organizaciones*. Comunicación presentada al III Congreso Nacional de Psicología Social, Santiago de Compostela.
- Garden, A. M. (1987). Depersonalization: A valid dimension of burnout? *Human Relations*, 40(9), 545-560.
- Gillespie, D. F., y Numeroff, R. E. (1984). *The Gillespie-Numeroff Burnout inventory*. Manual técnico.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Madrid: Pirámide.
- 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. (2000). Un estudio comparativo sobre criterios normativos y diferenciales para el diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) según el MBI-HSS en España. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 2(16), 135-149.
- Glass, D. C., McKnight, J. D. y Valdimarsdottir, H. (1993). Depression, burn-out and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (1), 147-155.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. (1984). Phases of psychological burn-out and organizational covariant: a replication using norms from a large population. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 6, 290-323.
- Gómez, MC., Álamo, MC., Amador, M., Ceacero, F., Mayor, A., Muñoz, A. y Izquierdo, M. (2009). Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(215), 52-62.

Gómez-Urquiza, JL., Monsalve-Reyes, CS., San Luis-Costas, C., Fernández-Castillo, R., Aguayo-Estremera, R., Cañadas-de la Fuente, G A. (2017). Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria*, 49(2), 77–85.

Gómez-Urquiza, JL., Monsalve-Reyesb, CS., Luis-Costasc, CS., Fernández-Castillod, R., Aguayo-Estremerae, R., y Cañadas-de la Fuente, GA. (2017) Factores de riesgo y niveles de burnout en enfermeras de atención primaria: una revisión sistemática. *Atención Primaria*, 49 (2), 77- 85.

Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.

Greenglass, E.R., y Burke, R. J. (1989) Career orientations and career development among male and female teachers. *Psichol Report*, 64-59, 591-598.

Guerrero, E. y Vicente, F. (2001): *Síndrome de “Burnout” o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Cáceres: Servicio de publicaciones de la Universidad de Extremadura.

Guilford, J.P. (1959). *Personality*. N.Y: McGraw-Hill.

Hernández, E. G., Jiménez, B. M., Eugenia, R. R. C. Y. M.,y Benadero, M. (2005). Variables predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 51(199), 5-13.

Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.

Hiscott, R. y Connop, P. (1989). Job stress and occupational burnout. Gender differences among mental health professionals. *Sociology and Social Research*, 74(1), 10-15.

Hiscott, R. y Connop, P. (1990). The health and wellbeing of mental health professionals. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 422-426.

Holland, P. J., y Michael, W. B. (1993). The concurrent validity of the Holland burnout assessment survey for a sample of middle school teachers. *Educational and Psychological Measurement*, 53 (4), 1067-1077.

- House, J. S. (1980). *Work stress and social support*. Addison-Wesley: Reading Mas.
- Husain, A. T. y Jack, D. M. (1985). *Anxiety and the anxiety disorder*. (Eds.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ibáñez, E. (1986). Sobre el concepto de personalidad. *Boletín de Psicología*, 13, 43-48.
- Ibáñez, E. y Belloch, A. (1982). *Psicología clínica: Una introducción*. Valencia, España: Promolibro.
- Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997). Boletín Oficial del Estado, 20 de octubre de 1999. 251: 36825 – 36830. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-20638> (Último acceso 25 de mayo 2015).
- Isen, A.M. (1999). *Positive Affect*. En T. Dalgleish y M Power (Eds), *Handbook of cognition and emotion* (pp 521-540). Chichester, England: Jonh Wiley and Sons.
- Isen, A.M. (2000). *Positive Affect and Decision Making*. En M. Lewis y J.M Haviland (Eds). *Handbook of Emotions* (2ªed) (pp 417-435). Nueva Yok: Guilford Press.
- Iwanicki, E. F. y Schwab, R. L. (1981). A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 41, 1167-74.
- Jablensky, A. (1985). *Approaches to the definition and classification of anxiety and related disorders in european psychiatry*. En A. H. Tuma y J. D. Maser (Eds.). *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 735- 758). Hillsdale: Erlbaum.
- Jackson, S. E., Schwab, R. L. y Schuler, R.. S. (1986). Toward on understanding of the Burnout phenomenon. *The Journal of Applied Psychology*, 4, 630-640
- Jaoul, G., Kovess, V. y Mugen, F. S. P. (2004). Le burnout dans la profession enseignante. *Annales Medic-Psychologiques*, 162, 26-35.
- Johnson, S. y Melamed, B. G. (1979). *The Assessment and treatment of children´s fears*. In B. Lahey y Kazdin. (Ed.). *Advances in Clinical Child Psychology* (Vol. 2 pp. 108-139). New York: Plenum Press.

Jones, J. W (1981). *The staff burnout scale: A validity study*. Paper presented at the Meeting of the Midwestern Psychological Association. St. Louis

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.

Kaplan, H., Sadock, B. y Grebb J. (1994). *Synopsis of psiquiatry*. (7th ed). (pp 530-631).

Karasek, R. Y Theorell T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.

Kolb, L. C. (1968). *Noyes modern clinical psychiatry* (7th ed.). Philadelphia: Saunders.

Kremer-Hayon, L., y Kurtz, H. (1985). The relation of personal and environmental to teacher burnout. *Teacher and Teaching Education, 1*, 243-249.

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., y Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress, 19*, 192-207.

Lacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S. y Kaprinis G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders, 75*, 209-221.

Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct *Research in psychotherapy, 3*, 90-102.

Leal Rubio, J. (1993). *Equipos comunitarios: ¿una ilusión sm porvemr, un porvenir sin ilusión? En Salud Mental y Servicios Sociales: el espacio comunitario*. Barcelona: Diputación de Barcelona.

Leiter M. P, Harvie P. (1996). Burnout among mental health workers: a review and a research agenda. *International Journal of Social Psychiatry, 42*, 90 -101.

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. y Schaufeli, W. B. (1996) Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress and Coping*, 9, 229-243.

Leiter, M.P. y Durup, J. (1994). The discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study. *Anxiety stress and coping*, 7, 297-308.

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.

Lewis, A. (1980). *Problems presented by the ambiguous word "anxiety" as used in psychopathology*. En G. D. Burrows y B. Davies (Eds.), *Handbook of studies on anxiety* (pp. 105-121). Amsterdam: Elsevier/North- Holland.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 15 de noviembre de 2002, 274: 40126 - 40132. Disponible en: http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188. (Último acceso 25 de mayo 2015).

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, 14 de diciembre de 1999, 298: 43088 - 43099. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1999-23750> (Último acceso 25 de mayo 2015).

Linton, R. (1945). *Cultura y personalidad*. México: Fondo de Cultura Económica.

López-Ibor, J. J, Valdés, M. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DMS-IV-TR*. (ed. rev). Atención primaria. Barcelona: Masson.

López-Ibor, J. J, Valdés, M. (2004). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DMS-IV-TR*. (ed. rev). Atención primaria. Barcelona: Masson.

Lundin, R.M. (1961). *Personality*. New York: Macmillan.

Mackinnon, R. y Michels, R. (1971). *Psiquiatría clínica y Aplicada*. México. Ed. Nueva Editorial Interamericana.

- Maher, E. L. (1983). Burnout and commitment. A theoretical alternative. *Personnel and Guidance Journal*, 61 (7), 390-393.
- Malmö, R. B. (1957). Anxiety and behavioural arousal. *Psychological Review*, 64, 276-287.
- 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
- Marks, I. (1986). *Tratamiento de neurosis*. Barcelona: Martínez Roca.
- Marks, I. M. y Lader, M. (1973). Anxiety states (anxiety neurosis): A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 3-16.
- Maslach, C. (1976). Burned out. *Human behavior*, 59, 16-22.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (1981). *Burnout: A social psychological analysis*. En: Jones JW. (Eds). *The Burnout syndrome. California*. Berkeley University of California.
- Maslach, C. (1982): *Burnout: the Cost of Caring*. Englewood Cliffs, Nueva York: Prentice-Hall.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced Burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1985). The role of sex and family variables in Burnout. *Sex roles*, 12 (7-8), 837-851.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. (2ª ed). Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99 -113.
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory*. (Zaed) Palo Alto, Consulting Psychologists Press (Versión Española adaptada por Nicolás Seisdedos Cubero, TEA 1987)

- Maslach, C. y Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512.
- Maslach, C., Jackson, S. E. y Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Maslach, C., Schaufeli, y W. & Leiter, M. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. 52, 397-422.
- Maslach, C., y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Matthews, D.B. (1990). A comparison of burnout in selected occupational fields. *The Career Development Quarterly*, 38 (3), 211-216.
- Mc Crae R.R., Costa P.T. (1995). Trait explanations in Personality psychology. *European journal of personality*, 4 (9), 231-52.
- McCranie, E. W., Lambert, V. y Lambert, C. (1987). Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research*, 36 (6), 374-78.
- Miguel-Tobal, J. J. (1990). *La ansiedad*. In J. L. Pinillos. y J. Mayor (Eds.), *Tratado de psicología general: Motivación y emoción* (pp. 309-344). Madrid: Alhambra.
- Miguel-Tobal, J. J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.
- Mingote Adán, J. C. (1998). Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5 (8), 493-508
- Mingote Adán, J. C. (1998). Síndrome de Burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada*, 5, 493-503.
- Molina Linde, J. M. y Avalos Martínez, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. *Revista Tesela*, 1(1).
- Moreno B, Peñacoba C. (1996). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Moreno Jiménez, B. (2007). *Psicología de la Personalidad Procesos*. Madrid: Ediciones Parainfo.

Moreno, B., Oliver, C. y Aragonese, 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. (1993). *El MBI como escala de estrés en profesionales asistenciales: adaptación y nuevas versiones*. Ponencia al Congreso Iberoamericano de Psicología. Madrid, Julio de 1992.

Moreno-Jiménez, B., González, J. L. y Garrosa, E. (2001). *Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida*. En Buendía, J. y Ramos, F. (Eds). *Empleo, estrés y salud* (pp.59-83). Madrid: Pirámide.

Moreno-Jiménez, B., y Oliver, C. (1993). *El burnout como escala de estrés en profesiones asistenciales. Adaptación y nuevas versiones*. En M. Forns y Santacana y M. T. Anguera Argilaga, (Eds). *Aportaciones recientes a la Evaluación Psicológica*. Barcelona: PPU.

Morris, W.N. (1989). *Mood: The Frame of Mind*. Nueva York: Springer-Verlag.

Motó, J. (1995). *Psicología de las emociones. Entre la biología y la cultura*. Valencia: Albatros ediciones.

Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-565.

Navarro, R. (1990). *Psicoterapia antidepresiva. Humanismo conductual para recuperar la alegría de vivir*. México. Ed. Trillas.

Nobel G, Lluch M.T. y Miguel, M.D. (1991). *Enfermería psicosocial 2*. Barcelona: Salvat.

Nuttin, J. (1983). *La motivación*. En M. Calviño (Ed.), *Motivación y procesos afectivos II*. Selección de lecturas.

Nyklicek, I. y Pop V. J. (2005). Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *Journal of Affective Disorder*, 88 (1), 63-68.

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.

Oliver, C. (1993). *El Burnout como síndrome específico*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Organización Mundial de la Salud (2007). *CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico*. Madrid: Meditor.

Oswin, M. (1978). *Children living in long stay hospitals*. Londres: Heinemann.

Párraga, J. (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios*. Disertación Doctoral. Universidad Extremadura. Extremadura, España.

Pelechano, V. (1996). *El análisis lingüístico contemporáneo: Los "grandes" ». Psicología de la personalidad I. Teorías*. Barcelona: Ariel.

Penke, L., Denissen, J.J. A. y Miller, G.F. (2007). The evolutionary genetics of personality. *European Journal of Personality*, 21, 549-587.

Pera, G., Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16, 480 - 6.

Pérez López, C. (2005). *Métodos estadísticos avanzados con SPSS*. Madrid. España. Thomson.

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 Jaume I de Castellón.

Pervin, L.A. (1984). *Personality: Theory and research*. Nueva York, John Willey & Sons, Inc.

Pervin, L.A. (1996). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: MacGraw Hill.

Phelps, B.J. (2000). Dissociative identity disorder: The relevance of behavior analysis. *The Psychological Record*, 50, 235-249.

Piedmont, R.L. (1998). *The Revised NEO Personality Inventory. Clinical and Research applications*. Nueva York: Plenum Press.

Pines, A. M, Arosón, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. Nueva York: Free Press.

Pines, A. y Aronson, E. (1988): *Carrer burnout: causes and cures*. New York: The 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., Aronson, 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: The Free Press.

Pines, A.M. y Kafry, D. (1978). *Coping with Burnout*. Ponencia presentada en la convención anual de la American Psychology Association. Toronto.

Pinillos, J.L. (1975). *Principios de la Psicología*. Madrid. Alianza Universal.

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, 294-302.

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.

Real Academia Española. (2014). Educación. En *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Recuperado de: <http://dle.rae.es/?id=EIXWV81>

Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado, de 19 de enero de 2008.17. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2008-979&p=20120308&tn=2>. (Último acceso 25 de mayo 2015).

Reed, G. M., J. M-C., Esparza, P., Saxena, S. y Maj, M. (2011). The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry, 10* (2), 118-31.

Revelle, W. (1995). Personality proceses. *Annual Review of Psychology, 46*, 295-328.

Richaud de Minzi, M. C. (2004). Diferentes perspectivas acerca de la personalidad en la niñez. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 17*(1), 27-38.

Robles, R. y Páez, F. (2003). Estudio sobre la traducción al español y las propiedades psicométricas de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS). *Salud mental, 26*(1), 69-75.

Rodríguez López, M., Fernández Barral, R., Benítez Canosa, MC., Castiñeira, MJ., Brea Fernández, AJ. (2008). Correlación entre carga de trabajo, síndrome de Burnout y calidad de vida en una unidad de críticos. *Enfermería Global, 7* (3), 1-11.

Rojas, E. (2006). *Adiós, depresión. En busca de la felicidad razonable*. España. Ed. Temas de hoy.

Romero, E. (2005). ¿Qué unidades debemos emplear? Las “dos disciplinas” de la psicología de la personalidad. *Anales de Psicología, 21*, 244- 258. Ruíz, V. M. (2003). El modelo estructural de cinco grandes factores de personalidad: medio siglo de historia (1949 – 1999). *Revista de Historia de la Psicología, 24* (1), 63-91.

Roth, E., y Pinto, B. (2010). Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz. *Ajayu, 8*(2), 62-100.

Ruiz, C. O., y Ríos, F. L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical Health Psychology, 4* (1), 137-60.

Russell, J.A. (1979). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 354-356.

Russell, J.A. (1980). Affective space is bipolar. *Journal of Personality and Social Psychology, 39*, 1161–1178.

Russell, J.A. y Feldman-Barrett, L. (1999). Core affect, prototypical emotional episodes and other things called emotion: Dissecting the elephant. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 805-819.

Sánchez Bernardos, M.L. (1992). La estructura de personalidad: El enfoque léxico y los «Cinco Grandes». *Estudios de Psicología*, 47, 73-87.

Sánchez-Bernardos, M.L. y Avia, M.D. (1995). *Personalidad: aspectos cognitivos y sociales*. Madrid: Pirámide.

Sandín, B. (1990). Factores de predisposición en los trastornos de ansiedad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 343-351.

Sandín, B. y Chorot, P. (1995). *Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad*. In A. B. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2 pp.53-80). Madrid: McGraw-Hill.

Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11 (1), 37-51.

Santrock, J. W. (2008). *The Self, Identity and Personality*. En Mike Ryan (Ed.). *A topical approach to life-span development* (pp.411-412). New York: Mc Graw-Hill.

Sanz, J., Gil, F., García-Vera, M. P., y Barrasa, A. (2008). Needs and cognitive/behavior patterns at work and the Big Five: An assessment of the Personality and Preference Inventory Normative (PAPI-N) from the perspective of the five-factor model. *International Journal of Selection and Assessment*, 16, 46-58.

Sanz, J., Silva, F., y Avia, M. D. (1999). *La evaluación de la personalidad desde el modelo de los "Cinco Grandes": El Inventario de Cinco Factores NEO de Costa y McCrae*. En F. Silva (Ed.), *Avances en Evaluación Psicológica* (pp.: 171-234). Valencia: Promolibro.

Schaufeli, W. B. y Buunk, B. P. (1996). *Professional burnout*. En J. A. Schabracq; M. Winnubst y C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of Work and Health Psychology*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd

Schaufeli, W. B. y Dierendonck, D. (1993). The construct validity of two burnout measures. *Journal of Occupational Behavior*, 14, 631-47.

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.

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.

Schoen, M. (1940). *The Psychology of Music*. Nueva York: Ronald Press.

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.

Seidman, S. A., y Zager, J. (1986). The Teacher Burnout Scale. *Educational Research Quarterly*, 11 (1), 26-33.

Seltzaer, J. y Numerof, RE. (1988). Supervisory leadership and subordinate Burnout. *The Academy of Management Journal*, 31 (2), 429-446.

Sheehan, D. V. (1982). *Panic attacks and phobias*. New England.

Sherman, S.J., Judd, Ch. M. y Bernadette, P. (1989). Social Cognition. *Annual Review of Psicology*, 40, 281-326.

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.

Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés. Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e Subjetividades*, 3 (1), 10-59.

Smith, N. y Nelson, V. (1983a). Burnout: A survey of academic reference librarians. *College and Research Libraries*, 44(3), 245-250.

Smith, N. y Nelson, V. (1983b). Helping may be harmful: The implications of burnout for the special librarian. *Special Librarian*, 74(1), 14-19.

Smith, N., Watstein, S. y Wuehler, A. (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.

- Snygg, D y Combs, A.W. (1949). *Individual Behavior: A new Frame of Reference for Psychology*. New York: Harper & Brothers.
- Spaniol, L. y Caputo, G. (1979). *Professional burnout: a personal survival kit*. Levington, MA: Human Services Associates.
- Spielberger, C. D. (1966a). *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1966b). *The effects of anxiety on complex learning and academic achievement*. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and behaviour* (pp. 361-398). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety as an emotional state*. En C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp. 23-49). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: Currents trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D., Pollans, C. H. y Wordan, T. J. (1984). *Anxiety disorders*. In S. M. Turner y M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). New York: John Wiley and Sons.
- Sue, D. (1996). *Comportamiento anormal*. México, D.F: McGraw-Hill.
- Tejero, A., Guimerá, E.M., Farré, J.M. (1986). Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Revisión Departamento Psiquiatría Facultad de Medicina de Barna*. 13, 233-238.
- Thayer, R.E. (1989). *The Biopsychology of Mood and Arousal*. Nueva York: Oxford University Press.
- Thyer, B. A. (1987). *Treating anxiety disorders: A guide for human service professionals*. London: Sage Publications.
- Tobeña, A. (1997). *El estrés dañino*. Madrid: Aguilar.
- Tyrer, P. (1982). Major common symptoms in psychiatry: Anxiety. *Journal of Hospital Medicine*, 27, 109-113.

Unav.es. Centro de Documentación de Navarra. Universidad de Navarra [Internet]. Pamplona: comisión nacional para la protección de sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental; 1979 [actualizado 18 abril 2003; citado 5 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html>

Valdés, M. y Flores, T. (1990). *Psicobiología del estrés* (2a ed. Actual.).

Vallejo-Nágera, J. (2005). *Ante la depresión*: Barcelona. Ed. Planeta

Vázquez, C. (1990). *Trastornos del estado de ánimo: aspectos clínicos*. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Eds.). *Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Vázquez, C. (2009). *La ciencia del bienestar*. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.). *El estudio científico del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.

Venturi, P., Dell'Erba, G., y Rizzo, F. (1994). Mental distress, psychoactive drug use and psychosomatic disorders in two groups of subjects at high risk for the burnout syndrome. *Minerva Psichiatrica* 35 (3), 155-67.

Victor Manuel Joffre velazquez (2009). *Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en el Hospital general "Dr Carlos Casenjo" (Tampico, Tamaulipas, Mexico)*, Tesis doctoral, Universidad de Granada.

Vila, J. (1984). *Técnicas de reducción de ansiedad*. In J. Mayor & F. J. Labrador (Eds.), *Manual de Modificación de conducta* (pp. 229- 264). Madrid: Alhambra.

Villagrán, J. M. (1996). *La depresión*. Madrid: Aguilar.

Warr, P., Barter, J. y Brownbrigde, G. (1983). On the independence of negative and positive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 644- 651.

Watson, D. (1988). Intraindividual and interindividual analyses of positive and negative affect: Their relation to health complaints, perceived stress and daily activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1020-1030.

Watson, D. y Pennebaker, J. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.

- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 96, 234-254.
- Watson, R. I. (1960). The History of psychology: A neglected area. *American Psychologist*, 15, 251-255.
- Widlocher, D. (1986). *Las lógicas de la depresión*: Barcelona. Ed. Herder.
- Wiggins, J.S. y Trapnell, P.D. (1997). *Personality structure: The return of the Big Five*. En R. Hogan, J. Johnson y S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 737-765). San Diego, CA: Academic Press.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C. y Mathews, A. (1988). *Cognitive Psychology and emotional disorders*. New York: Wiley.
- Wilson W.P. (1986). Burnout and other stress syndromes. *Southern Medical Journal*, 79, (11) 1327-1330.
- Winter, D. G., John, O. P., Stewart, A. J., Klohnen, E. C., y Duncan, L. E. (1998). Traits and motives: toward an integration of two traditions in personality research. *Psychological review*, 105(2), 230.
- wma.net. Web médica acreditada [Internet] Barcelona: wma; 2008 [actualizado 5 de mayo de 2015; citado 29 junio 2015]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
- Wolpe, J. (1958). *Neurosis*. In W. Arroll, H. J. Eysenck & R. Meili (Eds.), *Diccionario de psicología* (pp. 404-408). Madrid: Ediciones Rioduero.
- Wolpe, J. (1979). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University.
- Zachary, G. y Ortega, B. (1993). *Age of Angst-Workplace revolutions boost productivity at cost of job security*. *Wall Street Journal*.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking. *American Psychologist*, 35, 151-175.
- Zigmond AS, Snaith RP. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*, 67, 361-370.

Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.

CAPÍTULO VIII:

ANEXOS

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por _____, de la Universidad _____.
La meta de este estudio es _____.
_____.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente _____ minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los cassettes con las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

ANEXO I: INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ DE ÉTICA

Informe de la Comisión Central de Investigación

Código de Protocolo: 28/15.

Título: Estudio comparativo entre atención primaria y atención hospitalaria del nivel de Burnout según el tipo de personalidad A, B y C del personal sanitario (médicos y enfermeras).

Investigador Principal: Virginia García López.
Promotor: UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS.

La **Comisión Central de Investigación**, en su reunión del jueves 22 de octubre de 2015, según consta en el Acta 10/15, **INFORMA FAVORABLEMENTE** sobre la realización de dicho estudio en atención primaria de la Comunidad de Madrid.

Madrid, 27 de Octubre de 2015

Presidente de la Comisión Central de Investigación

Fdo.: Ana Miquel Gómez



ANEXO III: CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORABLES

Por favor, responda el siguiente formulario.

- 1) Edad: _____
- 2) Sexo: F____ /M____
- 3) Estado Civil (marque con una cruz) Soltero____ /Casado____
- 4) Años de convivencia con su pareja: _____ ¿Su pareja trabaja? (marque con una cruz) Sí____ No____
- 5) ¿Tiene hijos? (marque con una cruz) Sí____ No____ Cuántos: _____
- 6) Categoría profesional: (marque con una cruz) Medico ____ / Enfermero ____
- 7) Lugar de Trabajo: (marque con una cruz) Atención Primaria ____ / Atención Especializada ____
- 8) Años de ejercicio profesional _____
- 9) Antigüedad en el centro de trabajo _____
- 10) Turno de trabajo: Mañana____ / Tarde: ____ / Noche: ____ / Rotatorio _____

ANEXO IV: MASLACH BURNOUT INVENTORY

INSTRUCCIONES: Señale la respuesta que le sea oportuna sobre la frecuencia con la que sienta las situaciones presentadas en los siguientes enunciados siendo:

- (0) Nunca.
- (1) Pocas veces al año o menos.
- (2) Una vez al mes o menos.
- (3) Unas pocas veces al mes o menos.
- (4) Una vez a la semana.
- (5) Pocas veces a la semana.
- (6) Todos los días.

NÚMERO DE PREGUNTA	VARIABLE	CUESTIÓN	PUNTUACIÓN (DEL 1 AL 6)
1	EE	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	
2	EE	Al final de la jornada me siento agotado.	
3	EE	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	
4	PA	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.	
5	D	Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.	
6	EE	Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.	
7	PA	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.	
8	EE	Me siento “quemado” por el trabajo.	
9	PA	Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.	
10	D	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.	
11	D	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12	PA	Me encuentro con mucha vitalidad.	
13	EE	Me siento frustrado por mi trabajo.	
14	EE	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.	
15	D	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.	
16	EE	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.	
17	PA	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.	
18	PA	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.	
19	PA	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	
20	EE	En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	
21	PA	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	
22	D	Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	

ANEXO V: INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE LA ANSIEDAD

HAD57: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos

<p>2. Actualmente, mucho menos</p> <p>3. Actualmente, en absoluto</p>
<p>A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:</p> <p>3. Casi todo el día</p> <p>2. Gran parte del día</p> <p>1. De vez en cuando</p> <p>0. Nunca</p>
<p>D.3. Me siento alegre:</p> <p>3. Nunca</p> <p>2. Muy pocas veces</p> <p>1. En algunas ocasiones</p> <p>0. Gran parte del día</p>

HAD57: Hospital, ansiedad y depresión (autoadministrada)

<p>A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:</p> <p>0. Siempre</p> <p>1. A menudo</p> <p>2. Raras veces</p> <p>3. Nunca</p> <p>D.4. Me siento lento/a y torpe:</p> <p>3. Gran parte del día</p> <p>2. A menudo</p> <p>1. A veces</p> <p>0. Nunca</p>
<p>A.5. Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:</p> <p>0. Nunca</p>

<ol style="list-style-type: none">1. Sólo en algunas ocasiones2. A menudo3. Muy a menudo
<p>D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:</p> <ol style="list-style-type: none">3. Completamente2. No me cuido como debería hacerlo1. Es posible que no me cuide como debiera0. Me cuido como siempre lo he hecho
<p>A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:</p> <ol style="list-style-type: none">3. Realmente mucho2. Bastante1. No mucho0. Nunca
<p>D.6. Espero las cosas con ilusión:</p> <ol style="list-style-type: none">0. Como siempre1. Algo menos que antes2. Mucho menos que antes3. En absoluto
<p>A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:</p> <ol style="list-style-type: none">3. Muy a menudo2. Con cierta frecuencia1. Raramente0. Nunca
<p>D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:</p> <ol style="list-style-type: none">0. A menudo1. Algunas veces2. Pocas veces

3. Casi nunca

Valoración: se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.

Eadg56: escala de ansiedad y depresión de Goldberg (heteroadministrada)
(Versión adaptada al castellano por A. Lobo y cols.)

Es una escala muy sencilla de usar y de gran eficacia en la detección de trastornos de depresión y/o ansiedad.

Además constituye un instrumento de evaluación de la severidad y evolución de estos trastornos. Puede usarse también como una guía para la entrevista.

Instrucciones para su administración:

- ✓ Está dirigida a la población general.
- ✓ Se trata de un cuestionario heteroadministrado con dos subescalas:
 - Una para detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión.
 - Ambas escalas tienen 9 preguntas.
 - Las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.
- ✓ La probabilidad de padecer un trastorno es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.
- ✓ Los síntomas contenidos en las escalas están referidos a los 15 días previos a la consulta.
- ✓ Todos los ítems tienen la misma puntuación.
- ✓ Siguen un orden de gravedad creciente.
- ✓ Los últimos ítems de cada escala aparecen en los pacientes con trastornos más severos.

Subescala de ansiedad:

- ✓ ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- ✓ ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- ✓ ¿Se ha sentido muy irritable?

- ✓ ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

- ✓ ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- ✓ ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca?
- ✓ ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos).
- ✓ ¿Ha estado preocupado por su salud?
- ✓ ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

Total ansiedad:

Subescala de depresión:

- ✓ ¿Se ha sentido con poca energía?
- ✓ ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?
- ✓ ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- ✓ ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?
- ✓

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

- ✓ ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
- ✓ ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito).
- ✓ ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
- ✓ ¿Se ha sentido usted enlentecido?
- ✓ ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

Total depresión:

Criterios de valoración:

Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas.

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas.

ANEXO VI: ESCALA DE AFECTO POSITIVO Y NEGATIVO (PANAS)

INSTRUCCIONES: Esta escala consiste en un número de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada ítem y señale en la casilla de la izquierda en qué medida se siente o experimenta estas emociones de manera general en su vida cotidiana, usando la siguiente escala de respuesta:

1	2	3	4	5
muy poco o nada	un poco	moderadamente	bastante	extremadamente

Interesada _____	Irritable o malhumorada _____
Tensa o estresada _____	Dispuesta o despejada _____
Animada _____	Avergonzada _____
Disgustada o Molesta _____	Inspirada _____
Enérgica, con vitalidad _____	Nerviosa _____
Culpable _____	Decidida o Atrevida _____
Asustada _____	Atenta o Esmerada _____
Enojada o Enfadada _____	Intranquila o Preocupada _____
Entusiasmada _____	Activa _____
Orgullosa (de algo) o Satisfecha _____	Temerosa, con miedo _____

ANEXO VII: INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK FORMA B

A continuación encontrará algunas preguntas que hacen referencia a su manera de proceder, de sentir y de actuar. Después de cada pregunta hay un espacio para contestar SI o NO.

Lea cada una de las preguntas y decida si, aplicada a usted mismo, indica su modo habitual de actuar o de sentir. Si usted quiere contestar SI, trace una cruz en la casilla encabezada por el SI. Si desea contestar NO, trace una cruz en la casilla encabezada por NO.

Trabaje rápidamente, y no emplee demasiado tiempo en cada pregunta; es preferible su primera reacción, espontánea, y no una contestación largamente meditada y pensada. Conteste todas las preguntas sin omitir ninguna.

Trabaje rápidamente y recuerde contestar todas las preguntas.

No hay respuestas correctas o incorrectas; esta no es una prueba de inteligencia o habilidad, sino simplemente una apreciación de su modo de actuar.

1	¿Le gusta mucho salir?	SI	NO
2	¿Se siente unas veces rebotante de energía y decaído otras?	SI	NO
3	¿Se queda usted apartado o aislado de los demás en las fiestas o reuniones?	SI	NO
4	¿Necesita a menudo amistades comprensivas que lo animen?	SI	NO
5	¿Le agradan las tareas en que debe trabajar aislado?	SI	NO
6	¿Habla algunas veces sobre cosas que desconoce completamente?	SI	NO
7	¿Se preocupa a menudo por las cosas que no debería haber hecho o dicho?	SI	NO
8	¿Le agradan a usted las bromas entre amigos?	SI	NO
9	¿Se preocupa usted durante mucho tiempo después de haber sufrido una experiencia desagradable?	SI	NO
10	¿Es usted activo y emprendedor?	SI	NO
11	¿Se despierta varias veces en la noche?	SI	NO

12	¿Ha hecho alguna vez algo de lo que tenga que avergonzarse?	SI	NO
13	¿Se siente molesto cuando no se viste como los demás?	SI	NO
14	¿Piensa usted con frecuencia en su pasado?	SI	NO
15	¿Se detiene muy a menudo a meditar y analizar sus pensamientos y sentimientos?	SI	NO
16	Cuando está disgustado ¿necesita algún amigo para contárselo	SI	NO
17	¿Generalmente, puede usted "soltarse" y divertirse mucho en una fiesta alegre?	SI	NO
18	Si en una compra le despacharan de más por equivocación, ¿lo devolvería aunque supiera que nadie podría descubrirlo?	SI	NO
19	¿Se siente usted a menudo cansado e indiferente, sin ninguna razón para ello?	SI	NO
20	¿Acostumbra usted a decir la primera cosa que se le ocurra?	SI	NO
21	¿Se siente de pronto tímido cuando desea hablar a una persona atractiva que le es desconocida?	SI	NO
22	¿Prefiere usted planear las cosas mejor que hacerlas?	SI	NO
23	¿Siente usted palpitaciones o latidos en el corazón?	SI	NO
24	¿Son todos sus hábitos buenos y deseables?	SI	NO
25	¿Cuándo se ve envuelto en una discusión, ¿prefiere, "llevarla hasta el final" antes permanecer callado, esperando que de alguna forma se calme?	SI	NO
26	¿Se considera usted una persona nerviosa?	SI	NO
27	¿Le gusta a menudo conversar con personas que no conoce y que encuentra casualmente?	SI	NO
28	¿Ocurre con frecuencia que toma usted sus decisiones demasiado tarde? N= E = L =	SI	NO
29	¿Se siente seguro de si cuando tiene que hablar en público?	SI	NO
30	¿Chismea algunas veces?	SI	NO
31	¿Ha perdido usted a menudo horas de sueño, a causa de sus preocupaciones?	SI	NO
32	¿Es usted vivaracho?	SI	NO
33	¿Está usted con frecuencia en la luna?	SI	NO
34	¿Cuándo hace nuevas amistades, ¿es normalmente usted quien da el primer paso, o el primero que	SI	NO

	invita?		
35	¿Se siente molesto o preocupado con frecuencia por sentimientos de culpabilidad?	SI	NO
36	¿Es usted una persona que nunca está de mal humor?	SI	NO
37	¿Se llamaría a sí mismo una persona afortunada?	SI	NO
38	¿Se preocupa por cosas terribles que pudieran sucederle?	SI	NO
39	¿Prefiere quedarse en casa a asistir a una fiesta o reunión aburrida?	SI	NO
40	¿Se mete usted en líos con frecuencia, por hacer las cosas sin pensar?	SI	NO
41	¿Su osadía lo llevaría a hacer casi siempre cualquier cosa?	SI	NO
42	¿Ha llegado alguna vez tarde a una cita o al trabajo?	SI	NO
43	¿Es usted una persona irritable?	SI	NO
44	¿Por lo general hace y dice las cosas rápidamente, sin detenerse a pensar?	SI	NO
45	¿Se siente usted algunas veces triste y otras alegre, sin motivo aparente?	SI	NO
46	¿Le gusta a usted hacer bromas a otras personas?	SI	NO
47	¿Cuándo se despierta por las mañanas se siente agotado?	SI	NO
48	¿Ha sentido usted en alguna ocasión deseos de no asistir al trabajo?	SI	NO
49	¿Se sentiría mal si no estuviera rodeado de otras personas la mayor parte del tiempo?	SI	NO
50	¿Le cuesta trabajo conciliar el sueño por las noches?	SI	NO
51	¿Le gusta trabajar solo?	SI	NO
52	¿Le dan ataques de temblores o estremecimientos?	SI	NO
53	¿Le agrada mucho bullicio y agitación a su alrededor?	SI	NO
54	¿Se siente usted algunas veces enfadado?	SI	NO
55	¿Realiza sin deseos la mayor parte de las cosas que hace diariamente?	SI	NO
56	¿Prefiere tener pocos amigos pero selectos?	SI	NO
57	¿Tiene usted vértigos?	SI	NO

ANEXO VIII: INVENTARIO NEO REVISADO

Este cuestionario consta de 60 frases. Lea cada frase con atención y marque la alternativa (A a E) que refleje mejor su acuerdo o desacuerdo con ella. Señale:

A si la frase es completamente falsa en su caso, si está en **total desacuerdo** con ella.

B si la frase es frecuentemente falsa, si está **en desacuerdo** con ella.

C sí que se dice en ella.

D si la frase es frecuentemente cierta, si Vd. está **de acuerdo** con ella.

E si la frase es completamente cierta, si está **totalmente de acuerdo** con ella.

No hay respuestas “correctas” ni “incorrectas”. Conteste de forma sincera y exprese sus opiniones de la manera más precisa posible.

A	B	C	D	E
En total desacuerdo	En desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

1	A menudo me siento inferior a los demás	A	B	C	D	E
2	Soy una persona alegre y animosa	A	B	C	D	E
3	A veces, cuando leo poesía o contemplo una obra de arte, siento una profunda emoción o excitación	A	B	C	D	E
4	Tiendo a pensar lo mejor de la gente	A	B	C	D	E
5	Parece que nunca soy capaz de organizarme	A	B	C	D	E
6	Rara vez me siento con miedo o ansioso	A	B	C	D	E
7	Disfruto mucho hablando con la gente	A	B	C	D	E
8	La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí	A	B	C	D	E
9	A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero	A	B	C	D	E
10	Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada	A	B	C	D	E
11	A veces me vienen a la mente pensamientos aterradoros	A	B	C	D	E
12	Disfruto de las fiestas en las que hay mucha gente	A	B	C	D	E
13	Tengo una gran variedad de intereses intelectuales	A	B	C	D	E
14	A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero	A	B	C	D	E
15	Trabajo mucho para conseguir mis metas	A	B	C	D	E
16	A veces me parece que no valgo absolutamente nada	A	B	C	D	E
17	No me considero especialmente alegre	A	B	C	D	E
18	Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y en la naturaleza	A	B	C	D	E
19	Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear	A	B	C	D	E

20	Tengo mucha auto-disciplina	A	B	C	D	E
21	A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza	A	B	C	D	E
22	Me gusta tener a mucha gente alrededor	A	B	C	D	E
23	Encuentro aburridas las discusiones filosóficas	A	B	C	D	E
24	Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar	A	B	C	D	E
25	Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias	A	B	C	D	E
26	Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar	A	B	C	D	E
27	No soy tan vivo ni tan animado como otras personas	A	B	C	D	E
28	Tengo mucha fantasía	A	B	C	D	E
29	Mi primera reacción es confiar en la gente	A	B	C	D	E
30	Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no tenga que hacerlas otra vez	A	B	C	D	E
31	A menudo me siento muy tenso e inquieto	A	B	C	D	E
32	Soy una persona muy activa	A	B	C	D	E
33	Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades	A	B	C	D	E
34	Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador	A	B	C	D	E
35	Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago	A	B	C	D	E
36	A veces me he sentido amargado y resentido	A	B	C	D	E
37	En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros	A	B	C	D	E
38	Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana	A	B	C	D	E
39	Tengo mucha fe en la naturaleza humana	A	B	C	D	E
40	Soy eficiente y eficaz en mi trabajo	A	B	C	D	E
41	Soy bastante estable emocionalmente	A	B	C	D	E
42	Huyo de las multitudes	A	B	C	D	E
43	A veces, pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas	A	B	C	D	E
44	Trato de ser humilde	A	B	C	D	E
45	Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo	A	B	C	D	E
46	Rara vez estoy triste o deprimido	A	B	C	D	E
47	A veces reboso felicidad	A	B	C	D	E
48	Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos	A	B	C	D	E
49	Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna	A	B	C	D	E
50	En ocasiones primero actúo y luego pienso	A	B	C	D	E
51	A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento	A	B	C	D	E
52	Me gusta estar donde está la acción	A	B	C	D	E
53	Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países	A	B	C	D	E
54	Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario	A	B	C	D	E
55	Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna	A	B	C	D	E
56	Es difícil que yo pierda los estribos	A	B	C	D	E
57	No me gusta mucho charlar con la gente	A	B	C	D	E
58	Rara vez experimento emociones fuertes	A	B	C	D	E
59	Los mendigos no me inspiran simpatía	A	B	C	D	E
60	Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer	A	B	C	D	E

