



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y  
TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS  
PROGRAMA DE DOCTORADO: PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE  
LA SALUD

**EL MODELO BURNOUT-  
ENGAGEMENT EN ENFERMEROS: El  
Factor Protector de la Resiliencia**

**Jamilton Alves Farias**

Salamanca, España.  
2015

**El modelo burnout-engagement en enfermeros: El factor protector de la  
resiliencia**

**Jamilton Alves Farias**

Dirigido por

Prof. Dr. Francisco Ramos Campos  
Prof. Dr. Bernardino Fernández Calvo

Depositada en el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento  
Psicológico  
Facultad de Psicología.

**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**

2015

El Dr. D. Francisco Ramos Campos, Profesor Titular del Departamento de Personalidad y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca y el Dr. D. Bernardino Fernández Calvo, Profesor Adjunto I del Departamento de Psicología de la Universidad Federal de Paraíba, Brasil.

CERTIFICAN QUE:

El presente trabajo de investigación titulado “El modelo Burnout-engagement en Enfermeros: El factor protector de la resiliencia”, realizado por el doctorando D. Jamilton Alves Farias, Licenciado en Psicología, se ha desarrollado bajo nuestra dirección y supervisión, reuniendo, a nuestro juicio, los méritos suficientes de originalidad y rigor científico para obtener el Grado de Doctor de Salamanca a través del Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud.

Y para que conste, firmamos la presente en Salamanca,

A 6 de noviembre de dos mil deiciséis.

Fdo: Dr. D. Francisco Ramos Campos

Dr. D. Bernardino Fernández Calvo

**¡Sé alegre y optimista!** No pierdas el tiempo mirando hacia atrás, para ver lo que ya hiciste.

Mira hacia delante y camina confiado y alegre, practicando el bien y ayudando a todos. Extiende tu mano al que se te acerca, di siempre una palabra de consuelo y de cariño, ten para todos una sonrisa de bondad y la verdadera felicidad pasará a ser el clima permanente de tu vida.

*Del Libro "Minutos de Sabiduría",  
compilado por C. Torres Pastorino,  
1960 Ed. Sabedoria, Rio de Janeiro, Brasil  
(Traducción: Cecilia Prezioso)*

## AGRADECIMIENTOS

Doy las gracias a todas aquellas personas que se interesaron por este difícil proyecto, a los que muchas veces y sin saberlo, contribuyeron a su realización.

A todos los enfermeros que anónima y desinteresadamente decidieron participar como sujetos del estudio, pero también a los que libremente prefirieron no hacerlo.

A mi director, el profesor Dr. D. Francisco Ramos, a quien debo el tema de investigación y confianza depositada en mi desde el primer momento.

A mi otro director, el Dr. D. Bernardino Fernández Calvo, por su cercanía, consejos, compartir su inteligencia intelectual y emocional conmigo, su humilde alumno, sin las cuales no hubiera sido posible terminar satisfactoriamente este trabajo.

A la profesora Dra. Dña. Virgínia Ângela Menezes de Lucena e Carvalho, por su colaboración y cercanía.

A todos los Docentes del Departamento de Enfermería Clínica – DENC / UFPB / Brasil, profesores que me apoyaron en el camino escogido, y, en especial, a la Profesora Dra. Valéria Peixoto Bezerra y Stella da Costa Valdevino, por el estímulo y compañerismo.

Los profesores João Euclides Fernandes Braga y José da Paz Oliveira Alvarenga, por la valiosa contribución.

A Jozemar Pereira dos Santos, por su colaboración y asesoría en los abordajes estadísticos.

Los directores administrativos de las instituciones de salud que permitieron la colecta de datos, para culminar este trabajo de investigación.

A todas las personas que conozco y que no conozco que me ayudaron y pasaron los cuestionarios a otras personas, las cuales forman la muestra general.

Agradezco, especialmente, a mi familia porque les amo.

Por lo que siempre recordaré, mi más sincero agradecimiento.

## RESUMEN

Actualmente, el Síndrome de Burnout (SB), se ha convertido en un problema de gran relevancia social. Tanto es así, que estudiosos en materia laboral y en el campo de la salud han reclamado el reconocimiento de este síndrome como una enfermedad profesional, o de riesgo laboral. Mientras que el *engagement* se considera como el comprometimiento o entusiasmo con el trabajo, y por lo tanto lo contrario. La resiliencia permite a los trabajadores, adaptarse o recuperarse de las adversidades de la labor cotidiana. El primer objetivo de este trabajo fue investigar la incidencia del SB y sus consecuencias en profesionales de enfermería, en el ámbito público, que realizan la atención básica, media y de alta complejidad, en el estado de Paraíba-Brasil, analizando, además, la relación entre el SB, *Engagement*, y el papel de la resiliencia como factor de protección del SB en este grupo de profesionales. Se trata de un estudio, de tipo transversal que describe las características de los profesionales de enfermería analizando el fenómeno de las relaciones entre las variables. Fue realizado en quince municipios del estado de Paraíba-Brasil, contingente poblacional de trabajadores que atienden a clientes de clase económica con escasos recursos, cuya muestra fue de 320 enfermeros. Los resultados dejaron en evidencia que, 41,2% (132) de los enfermeros entrevistados presentan SB, es decir, en las tres dimensiones (+ CE,+DP y -RP). Además observamos que, 58,8% (188) de los entrevistados no presentan el SB. Con respecto a los factores VI, DE y AB del *Engagement*, observamos significativas correlaciones negativas de los tres componentes con el Corazón de Burnout (CB): CBxVI ( $r=-0,406$ ,  $**p<0,01$ ), CBxDE ( $r=-0,397$ ,  $**p<0,01$ ) y CBxAB ( $r=-0,257$ ,  $**p<0,01$ ). De los factores RAV, IND y ACCA de la escala de resiliencia, observamos correlación negativa significativa del CB solo con los dos primeros componentes: CBxRAV ( $r=-0,152$ ,  $**p<0,01$ ) y CBxIND ( $r=-0,117$ ,  $*p<0,05$ ). El tercer componente ACCA presentó muy poca correlación no significativa con el CB, siendo CBxACCA ( $r=0,043$ ,  $p>0,05$ ). El tercer componente del SB, RP (Realización Profesional), presentó correlación positiva y significativa con todos los factores o componentes del *Engagement* y de la escala de resiliencia, confirmando la ocurrencia de las mayores media de scores para cada una de las variables consideradas a partir de los instrumentos MBI, *Engagement* y Resiliencia. A partir del análisis realizado, concluimos que: fue posible determinar la presencia de SB, bien como conocer la existencia de la diferencia en la incidencia del referido síndrome en función del tipo de actividad que los enfermeros investigados realizan, a nivel de atención básica, media y de alta complejidad; fueron constatadas las consecuencias de la salud mental relacionadas con el SB de los enfermeros; fue posible conocer las consecuencias psicosomáticas y conductuales, y evidenciar la vulnerabilidad al SB de los enfermeros en los diferentes factores de resiliencia y *Engagement*; también fue constatada la existencia de la relación entre las dimensiones de SB, las consecuencias psicológicas y los factores de resiliencia, manifestados por los trabajadores de enfermería. Por tanto, sugerimos que se desarrollen estrategias de enfrentamiento para disminuir o amenizar la baja satisfacción laboral, el absentismo y finalmente la disminución de la calidad de vida en el trabajo.

**Palabras claves:** Síndrome de Burnout, Enfermería, Resiliencia, Trastorno Mental Común, *Engagement*.

## RESUMO

Atualmente, a Síndrome de Burnout (SB), começa a converter-se em um problema de grande relevância social. Tanto é assim que estudiosos em matéria laboral e no campo da saúde têm reclamado o reconhecimento desta síndrome como uma enfermidade profissional, ou como um risco laboral. Enquanto que, o *engagement* no trabalho é considerado como o compromisso ou entusiasmo vinculado ao trabalho e desta forma representa o oposto da SB. A resiliência possibilita aos trabalhadores se adaptar ou se recuperar das adversidades do labor cotidiano. O primeiro objetivo deste trabalho foi investigar a incidência e a consequência da SB em profissionais de enfermagem, no âmbito público, que realizam a atenção básica, média e alta complexidade, no estado da Paraíba–Brasil, analisando, também, a relação entre SB, *Engagement*, e o papel da resiliência como fator protetor da SB neste grupo de profissionais. Trata-se de um estudo do tipo transversal que descreve as características dos profissionais de enfermagem analisando o fenômeno das relações entre as variáveis. Foi realizado em quinze municípios do estado da Paraíba–Brasil, contingente populacional de trabalhadores que atende a clientes de classe econômica com baixos recursos, cuja amostra foi de 320 enfermeiros. Os resultados evidenciaram que, 41,2% (132) dos enfermeiros pesquisados no estado da Paraíba apresentam SB, ou seja, nas três dimensões (+CE,+DP e –RP). Observamos ainda que, 58,8% (188) deles não apresentam a SB. Em relação aos fatores VI, DE e AB do *Engagement*, observamos significativas correlações negativas dos três componentes com CB (Coração de Burnout): CBxVI ( $r=-0,406$ ,  $**p<0,01$ ), CBxDE ( $r=-0,397$ ,  $**p<0,01$ ) e CBxAB ( $r=-0,257$ ,  $**p<0,01$ ). Dos fatores RAV, IND e ACCA da escala de resiliência, observamos correlação negativa significativa do CB com apenas os dois primeiros componentes: CBxRAV ( $r=-0,152$ ,  $**p<0,01$ ) e CBxIND ( $r=-0,117$ ,  $*p<0,05$ ). O terceiro componente ACCA apresentou fraquíssima correlação não significativa com o CB, sendo: CBxACCA ( $r=0,043$ ,  $p>0,05$ ). O terceiro componente da SB, RP (Realização Profissional), apresentou correlação positiva e significativa com todos os fatores ou componentes do *Engagement* e da escala de resiliência, confirmando a ocorrência das maiores médias de escores para cada uma dessas variáveis consideradas a partir dos instrumentos MBI, *Engagement* e Resiliência. A partir da análise realizada, concluímos que: foi possível determinar a presença de SB, bem como conhecer a existência da diferença na incidência da referida síndrome em função do tipo de atividade que os enfermeiros pesquisados realizam, ou seja, no nível de atenção básica, de média e alta complexidade; foram constatadas as consequências da saúde mental relacionadas com a SB dos enfermeiros; foi possível conhecer suas consequências psicossomáticas e condutuais; e, evidenciar a vulnerabilidade à SB dos enfermeiros nos diferentes fatores de resiliência e *Engagement*; também foi constatada a existência da relação entre as dimensões de SB, as consequências psicológicas e os fatores de resiliência, manifestados pelos trabalhadores de enfermagem. Portanto, sugerimos que sejam desenvolvidas estratégias de enfrentamento para diminuir ou amenizar a baixa satisfação laboral, o absentismo e a diminuição da qualidade de vida no trabalho.

**Palavras chaves:** Síndrome de Burnout, Enfermagem, Resiliência, Transtorno Mental Comum, *Engagement*.

## ABSTRACT

The Burnout Syndrome has started to become a really relevant social problem today. So much so that researchers on labor matter and the health field have claimed the recognition of this syndrome as a professional illness, or as a labor risk, whereas the engagement at work is considered a commitment of enthusiasm linked to work and thus, represents the opposite to BS. Resilience makes it possible for workers to adapt or recover from distresses in daily labor. The first aim of this study was to investigate the BS incidence and its consequences in nursing professionals from the public field who implement primary care from high to medium complexity, in the state of Paraíba, Brazil, by analyzing the relationship between Burnout and Engagement, as well as the role of resilience as a factor of BS protection among such professionals. It is a transversal type study that describes the characteristics of nursing professionals by analysis of the relationship phenomenon among variables. It has taken place in 15 municipalities in the state of Paraíba, Brazil, involving a working population that assists patients from low income classes sampling 320 nurses. Results showed that 41.2% (132) of the studied nurses present BS in the three dimensions (+ ET, + DP e – PR, or else: Emotional Tiredness, Depersonalization, Professional Realization). We also noticed that 58.8% (188) do not present BS. Concerning the factors VI, DE and AB of Engagement, we noticed significant negative correlations of the three components with BH (Burnout Heart): BH x VI ( $r=-0,406$ ,  $**p<0,01$ ), BH x DE ( $r=-0,397$ ,  $**p<0,01$ ) and BH x AB ( $r=-0,257$ ,  $**p<0,01$ ). In the factors RAV, IND and ACCA (Resolution, Independence, Self-confidence) of the resilience scale, we noticed significant negative correlation of BH with the two first components only : BH x RAV ( $r=-0,152$ ,  $**p<0,01$ ) and BH x IND ( $r=-0,117$ ,  $*p<0,05$ ). The third component ACCA (self-confidence) presented a very weak significant correlation with BH, being: BH x ACCA ( $r=0,043$ ,  $p>0,05$ ). The third component of BS, PR (Professional Realization) presented significant positive correlation with all factors or components of engagement, as well as the resilience scale, thus confirming the occurrence of the highest score means for each one of these considered variables, taking into account the MBI, Engagement and Resilience. From the analysis accomplished we conclude that: it was possible to determine the BS presence, as well as to know the existence of the difference in the incidence of the syndrome studied, according to the kind of activity the researched nurses carry out, that is, in the high and medium complexity level of primary care; the consequences of mental health related to BS in the nurses studied were confirmed; it was possible to know their behavioral and psychosomatic consequences, as well as to evidence their vulnerability to BS in the different factors of resilience and Engagement; it was also found the existence of the relationship among BS dimensions, the psychological consequences and resilience factors shown by nursing professionals. Therefore, we suggest the development of confronting strategies to decrease or appease low labor satisfaction, absenteeism and impairment of life quality at work.

**Key words:** Burnout syndrome; nursing; resilience; common mental disorder; engagement.

## ÍNDICE

<b>AGRADECIMIENTOS</b>	
<b>RESUMEN</b>	
<b>RESUMO</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>LISTA DE TABLAS</b>	
<b>LISTA DE SIGLAS</b>	
<b>Introducción</b>	15
<b>Parte 1. Marco teórico</b>	
<b>Capítulo 1. El Síndrome de Burnout (SB) y <i>Engagement</i> en el trabajo</b>	21
<b>1. El Síndrome de Burnout (SB)</b>	22
<b>1.1 Epidemiología del SB</b>	24
<b>1.2 Síntomas del SB</b>	28
<b>1.3 Dimensiones del SB</b>	30
<b>1.4 Principales características del SB</b>	32
<b>1.5 Consecuencias del SB</b>	34
<b>1.6 Algunas etapas-claves del SB</b>	35
<b>2. <i>Engagement</i> en el trabajo</b>	36
<b>2.1 Conceptos relacionados al significado del <i>engagement</i></b>	39
<b>2.2 Consecuencias de <i>engagement</i> en el trabajo</b>	40
<b>Capítulo 2. La Resiliencia</b>	42
<b>2.1 Pilares de la resiliencia</b>	46
<b>2.2 Clasificación de los elementos de resiliencia</b>	47
<b>2.3 Mecanismos de riesgos y de protección</b>	48
<b>2.4 Resiliencia en enfermeros</b>	49
<b>Capítulo 3. Profesionales de enfermería</b>	50
<b>3.1 Consecuencia del SB, resiliencia y trastorno mentales comunes (SRQ-20) en Enfermería</b>	58
<b>3.2 El trabajo y la satisfacción personal para los profesionales de enfermería</b>	61
<b>Parte 2. Parte Empírica</b>	
<b>Capítulo 4. Planteamiento del problema</b>	64
<b>Objetivo General</b>	68
<b>Objetivo Específicos</b>	69
<b>Hipótesis</b>	69
<b>Capítulo 5. Método y procedimiento</b>	72
<b>5.1 Sujetos</b>	72
<b>5.2 Perfil sociodemográfico y laboral de los profesionales de enfermería en el estado de la Paraíba – Brasil.</b>	73
<b>5.3 Instrumento</b>	77
<b>5.3.1 El cuestionario sociodemográfico y laboral</b>	77
<b>5.3.2 El Inventario de Burnout de Maslach - MBI</b>	77
<b>5.3.3 Cuestionario del bienestar y trabajo – Work &amp; Well-being Survey (UWES – Utrecht Work Engagement Scale = Preliminary Manual).</b>	79
<b>5.3.4 Escala de Resiliencia desarrollada por Wagnild y Young (1993)</b>	81
<b>5.3.5 Cuestionario de factores predictores y síntomas del SB en profesionales de enfermería (Jodas y Haddad, 2009)</b>	82

5.3.5.1 Análisis factorial exploratoria	83
5.3.6 Cuestionario de autoevaluación de síntomas (Self Report Questionnaire (SRQ - 20)	85
5.4 Procedimientos	86
5.5 Procedimientos éticos	87
5.6 Metodología Estadística	88
5.6.1 Modelo de regresión logística para el Corazón de Burnout (CB)	90
Capítulo 6. Resultados	93
6.1 La importancia del Síndrome de Burnout (SB)	94
6.1.2 Los objetivos	96
6.2 Consecuencias del burnout en las personas estudiadas	97
6.3 Relación entre los factores de SB, Resiliencia y <i>Engagement</i>	102
6.4 Relación entre las variables sociodemográficas y los factores estudiados de SB, <i>Engagement</i> e Resiliencia	105
6.5 Comparación entre los enfermeros con Alto vs Bajo Corazón de Burnout y las variables estudiadas	114
6.6 Modelo de Regresión Logística para el Corazón de Burnout	115
Capítulo 7. Discusión	117
7.1 La importancia del Síndrome de Burnout	119
7.2 Consecuencias del burnout en las personas estudiadas	120
7.3 Relación entre los factores de CB, <i>Engagement</i> y Resiliencia	122
7.4 Relación entre las variables sociodemográficas y los factores estudiados de SB, <i>Engagement</i> e Resiliencia	124
7.5 Comparación entre los enfermeros con Alto vs Bajo Corazón de Burnout y las variables estudiadas	126
Capítulo 8. Conclusiones	128
Referencias	131
Apéndice	
APÉNDICE A - TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO	148
APÉNDICE B – CUESTIONARIO DE LOS DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS	149
Anexos	
ANEXO A - CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)	151
ANEXO B - FACTORES PREDICTORES Y SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE ENFERMERÍA	152
ANEXO C – CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS (SRQ – 20)	153
ANEXO D - ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD & YOUNG (1993)	154
ANEXO E – WORK & WELL-BEING SURVEY (UWES)	155
ANEXO F - CERTIFICADO DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL HULW/UFPB.	156
ANEXO G – CERTIFICADO DEL DENC/CCS/UFPB.	157
ANEXO H – AUTORIZACIÓN DE LA SECRETARÍA DEL ESTADO DE LA SALUD/PB	158
ANEXO I – AUTORIZACIÓN DEL C.H.C.F (JOÃO PESSOA – PB)	159
ANEXO J – AUTORIZACIÓN DEL H.E.T.S.H.L. (JOÃO PESSOA-PB)	160
ANEXO K – AUTORIZACIÓN DEL H.R.C. (CAJAZEIRAS – PB)	161
ANEXO L – ESCENA DEL ESTUDIO	162

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1	<b>Resumen esquemático de la sintomatología del Síndrome de Burnout</b>	29
Tabla 2	<b>Resumen esquemático de los Mediadores, Facilitadores y/o Desencadenantes del SB</b>	33
Tabla 3	<b>Atribuciones de los Profesionales de Enfermería en el Programa de Salud de la Familia</b>	57
Tabla 4	<b>Distribución de los enfermeros participantes del estudio en el estado de Paraíba - Brasil.</b>	72
Tabla 5	<b>Perfil sociodemográfico y laboral de los profesionales de enfermería del estado de Paraíba – Brasil</b>	75-76
Tabla 6	<b>Coefficientes de fidedignidad de Cronbach para el Inventario MBI-SB, en el presente estudio</b>	79
Tabla 7	<b>Coefficientes de fidedignidad de Cronbach para la escala de resiliencia, en el presente estudio</b>	82
Tabla 8	<b>Coefficientes de fidedignidad de Cronbach para os Instrumentos Factores Predictores y Síntomas a partir de la AFE</b>	84
Tabla 9	<b>Distribución cuantitativa del total de enfermeros participantes del estudio, cuanto a los niveles de las dimensiones del SB.</b>	94
Tabla 10	<b>Síndrome de Burnout entre los enfermeros del estado de Paraíba, según el género</b>	95
Tabla 11	<b>Distribución cuantitativa de SB a partir del Corazón de Burnout (CB)</b>	95
Tabla 12	<b>Cuantitativo del Síndrome de Burnout entre los enfermeros del estado de Paraíba, según el género</b>	96
Tabla 13	<b>Síndrome de Burnout entre los enfermeros del estado de Paraíba, según el Nivel de Complejidad</b>	97
Tabla 14	<b>Autoevaluación en el SRQ-20 efectuado por los profesionales de enfermería del estado de Paraíba</b>	98
Tabla 15	<b>Autoevaluación de síntomas por el SRQ-20 efectuado por los profesionales de enfermería, según el Corazón de Burnout</b>	99
Tabla 16	<b>Autoevaluación en el SRQ-20 efectuado por los profesionales de enfermería, según el género y presencia del SB</b>	100
Tabla 17	<b>Autoevaluación por el SRQ-20 de Trastornos Psiquiátricos Menores efectuado por los profesionales de enfermería, según el Corazón de Burnout</b>	100
Tabla 18	<b>Autoevaluación del SRQ-20 efectuado por los profesionales de enfermería, según los factores de Análisis Factorial</b>	101
Tabla 19	<b>Correlación entre los factores de la escala de resiliencia y las dimensiones del Síndrome de Burnout</b>	102
Tabla 20	<b>Comparación de los <i>scores</i> de las escala de resiliencia con relación al CB</b>	103
Tabla 21	<b>Correlación entre los factores de <i>engagement</i> y dimensiones del Síndrome de Burnout</b>	103
Tabla 22	<b>Comparación de los <i>scores</i> de los factores de la escala de <i>engagement</i> con relación al CB</b>	104
Tabla 23	<b>Comparación entre los componentes del SB , <i>engagement</i> y</b>	104

	resiliencia	
Tabla 24	Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales, Factores predictores, Síntomas somáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de <i>Engagement</i> , Factores de Resiliencia y Resiliencia, según el GÉNERO	106
Tabla 25	Comparación del Tiempo de Profesión, Horas Semanales, Factores predictores, Síntomas somáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de <i>Engagement</i> , Factores de Resiliencia y Resiliencia, según la EDAD	107
Tabla 26	Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales, Factores predictores, Síntomas somáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de <i>Engagement</i> , Factores de Resiliencia y Resiliencia, según TITULACIÓN	108
Tabla 27	Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales, Factores Predictores, Síntomas Sintomáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de <i>Engagement</i> , Factores de Resiliencia y Resiliencia, según la SITUACIÓN LABORAL.	109
Tabla 28	Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales, Factores predictores, Síntomas somáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de <i>Engagement</i> , Factores de Resiliencia y Resiliencia, según TIEMPO DE PROFESIÓN.	110
Tabla 29	Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales, Factores predictores, Síntomas somáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de <i>Engagement</i> , Factores de Resiliencia y Resiliencia, según la RENTA.	111
Tabla 30	Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales, Factores predictores, Síntomas somáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de <i>Engagement</i> , Factores de Resiliencia y Resiliencia, según la JORNADA DE TRABAJO.	112
Tabla 31	Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales, Factores predictores, Síntomas somáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de <i>Engagement</i> , Factores de Resiliencia y Resiliencia, según las HORAS SEMANALES.	113
Tabla 32	Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales, SRQ-20, Realización Profesional (MBI), Factores de <i>Engagement</i> , Factores de Resiliencia y Resiliencia, según el CORAZÓN DE BURNOUT.	114
Tabla 33	Modelo inicial de Regresión Logística Múltiple para la variable Corazón de Burnout	115
Tabla 34	Clasificación del Corazón de Burnout (CB) – Modelo Inicial	116

## LISTA DE SIGLAS

<b>AB</b>	Absorción
<b>ACCA</b>	Autoconfianza y Capacidad de Adaptación
<b>ACD</b>	Auxiliar de Consultorio Dentario
<b>ACS</b>	Agente Comunitario de Salud
<b>ADT</b>	Atendimiento Domiciliar Terapeutico
<b>AFE</b>	Análisis Factorial Exploratoria
<b>AG</b>	Agotamiento Emocional
<b>Alfa</b>	Alfa de Cronbach
<b>Br</b>	Brasil
<b>C.H.E.I.C.F</b>	Complejo Hospitalario de Enfermedades Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga (João Pessoa)
<b>CB</b>	Corazón de Burnout
<b>CE</b>	Cansancio Emocional o Agotamiento Emocional
<b>CEP</b>	Comitê de Ética e Pesquisa Com Seres Humanos
<b>CESQT</b>	Cuestionario para la evaluación del síndrome de quemarse por el trabajo
<b>CFM</b>	Consejo Federal de Medicina (Brasil)
<b>CIBs</b>	Comisiones Intergestoras Bipartites
<b>CID-10</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades-10
<b>CLT</b>	Consolidación de las Leyes del Trabajo
<b>CNRAC</b>	Central Nacional de Regulación y Alta Complejidad
<b>CNS</b>	Consejo Nacional de Salud (Brasil)
<b>COFEN</b>	Consejo Federal de Enfermería
<b>COREN-PB</b>	Consejo Regional de Enfermería de Paraíba
<b>CORENs</b>	Consejos Regionales de Enfermería
<b>D.t.</b>	Desviación típica
<b>DE</b>	Dedicación
<b>DENC / CCS /</b>	Departamento de Enfermería Clínica del Centro de Ciencias de la Salud
<b>UFPB</b>	de la Universidad Federal de Paraíba
<b>DP</b>	Despersonalización
<b>DPM</b>	Disturbios Psiquiátricos Menores
<b>DSM-IV</b>	Diagnostic and Statistical Manual – 4ª edición
<b>E</b>	Edad
<b>E.C.B.</b>	Escala de Caracterización del Burnout
<b>ECB</b>	Escala de Caracterización del Burnout
<b>ESF</b>	Estrategia de Salud de la Familia
<b>FACENE</b>	Facultad de Enfermería Nueva Esperança
<b>FAEC</b>	Fundo de Acciones Estratégicas y Compensación
<b>FP</b>	Factores Predictores
<b>FPRED1</b>	Factores Predictores
<b>fr</b>	Frecuencia
<b>FSS1</b>	Síntomas de Alarma
<b>FSS2</b>	Síntomas Sexuales
<b>FSS3</b>	Síntomas de Infección
<b>FSS4</b>	Síntomas Cardíacos o de Hipertensión
<b>GEPEB</b>	Grupo de Estudio e investigación sobre Estrese y Burnout
<b>H.E.T.S.H.L.</b>	Hospital de Emergencia y Trauma Senador Humberto Lucena (João Pessoa)

<b>H.R.C.</b>	Hospital Regional de Cajazeiras
<b>H.U.R.N.P.</b>	Hospital Universitario Regional del Norte de Paraná
<b>HIV-SIDA</b>	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
<b>HS</b>	Horas a la Semana
<b>HULW</b>	Hospital Universitario Lauro Wanderley
<b>ID</b>	Independencia y Determinación
<b>IND</b>	Independencia y Determinación
<b>IPEP</b>	Instituto de Previdencia del Estado de Paraíba
<b>M</b>	Media
<b>M.S</b>	Ministerio de Sanidad
<b>MBI</b>	Cuestionario Maslach Burnout Inventory
<b>NECE</b>	– Núcleo de Estagio y Capacitación y Eventos del Hospital de Emergencia
<b>H.E.T.S.H.L.</b>	y Trauma Senador Humberto Lucena (João Pessoa)
<b>NAP</b>	Núcleo de asistencia Psicosocial
<b>NIOSH</b>	<i>National Institute for Occupational Safety and Health.</i>
<b>NR</b>	Normas reguladoras
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PAB</b>	Piso de Atención Básica
<b>PB</b>	Paraíba
<b>PACS</b>	Programa Agentes Comunitarios de Salud
<b>Pc</b>	Punto de corte
<b>PNAB</b>	Política Nacional de Atención Básica
<b>PSF</b>	Programa de la Salud de la Familia
<b>RAV</b>	Resolución de Acciones y Valores
<b>RE</b>	Resiliencia
<b>RES_esc</b>	Escala de Resiliencia
<b>RP</b>	Realización Personal
<b>RLM</b>	Regresión Logística Múltiple
<b>S.Q.T.</b>	Síndrome de estar quemado por el trabajo
<b>SAE</b>	Servicio de Asistencia Especializada
<b>SAS</b>	Secretaria de Atención a la Salud
<b>SB</b>	Síndrome de Burnout
<b>SDP</b>	Síndrome de Desgaste Profesional
<b>SESMT</b>	Servicio Especializado de Ingeniería de Seguridad y en Medicina del Trabajo
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
<b>SRQ – 20</b>	Cuestionario de Autoevaluación de Síntomas
<b>SS</b>	Síntomas Somáticos
<b>SUS</b>	Sistema Único de Salud
<b>T.M.C./T.P.M.</b>	Trastorno Mental Común/Trastorno Psiquiátrico Menores
<b>THD</b>	Técnico en Higiene Dental
<b>TP</b>	Tiempo en la Profesión
<b>USF</b>	Unidad de Salud de la Familia
<b>UTI</b>	Unidades de Terapias Intensivas
<b>UTIPN</b>	Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica y Neonatal
<b>UWES</b>	Utrecht Work Engagement Scale
<b>VI</b>	Vigor
<b>VIA</b>	Proyecto Valores en Acción o <i>values in Actions</i>

## **Introducción**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Carta Magna o Carta Constitucional en 1946 (OMS, 1948), define la salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Existe un amplio consenso acerca de que el concepto de salud positiva es más que la mera ausencia de enfermedad o discapacidad, e implica “integridad” y “total funcionalismo” o “eficiencia” de mente, cuerpo y adaptación social.

En el siglo XIX, tras el auge de los grandes anatomistas del siglo XVI, los médicos habían empezado a creer que todas las enfermedades eran consecuencia de las anomalías de la anatomía. Sin embargo, en los primeros años del siglo XX, el trabajo de Walter Cannon (1911), estimuló un nuevo interés en la relación entre afecto, fisiología y salud (Díaz, 2009).

En el mundo del trabajo han ocurrido cambios que son provenientes de las diversas transformaciones en la esfera cultural, social, económica y política de la sociedad. El trabajo en la contemporaneidad se caracteriza por la revolución técnico-industrial, prevaleciendo la inserción de nuevas tecnologías exigiendo una mayor cualificación técnica por parte del trabajador en la ejecución de las tareas (Fernandes, Pace y Passos, 2002).

Una investigación sobre salud mental entre ocupaciones de alto estrés, realizada por el *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH), revela que entre las 130 ocupaciones estudiadas la enfermería ocupaba el 27º lugar, considerándose problemas de salud mental relacionados a la ocupación (Araújo, 1999).

Los profesionales de enfermería, en el contexto hospitalario, representan el mayor contingente de trabajadores. Varios estudios destacan que las condiciones de trabajo vivenciadas por esos trabajadores ocasionan problemas de salud, acarreando perjuicios personales, sociales y económicos (Pinhol y Araújo, 2007).

Con el inicio del siglo XXI aparecen estudios sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout - SB), en español SQT, considerado un caso especial del estrés ocupacional que resulta particularmente de las exigencias interpersonales en el trabajo, es decir, un síndrome psicológico que aparece como respuesta a estrés interpersonales crónicos presentes en el trabajo (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

En Brasil, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través del Decreto/MS nº 1.339/1999 reconoce el Síndrome de Burnout como un Trastorno Mental y del Comportamiento relacionado al trabajo y a través de la Ley nº 3.048/99 como enfermedad ocupacional (Benevides-Pereira, 2002). De esta forma el SB fue reconocido como de riesgo ocupacional para profesiones que engloben cuidados con la salud, educación y servicios humanos. Por tanto, el SB en el CID-10, recibe el código Z 73.0.

El término Burnout, cuya traducción correspondería a “estar quemado”, fue introducido por Freudenberguer (1975), a mediados de los años setenta para dar una explicación al proceso negativo vivenciado por los profesionales en su labor cotidiana, especialmente en aquellos profesionales que están en contacto directo con las personas. Los trabajadores afectados por este síndrome denotan desilusión, ausencia de realización en el trabajo, irritabilidad y sentimientos de frustración; se vuelven rígidos e inflexibles.

Según Santinello y Vieno (2003), corren más riesgos los enfermeros por el tipo de relación más exigente, que deben instaurar con los enfermos. Uno de cada cuatro enfermeros padece agotamiento emotivo y profesional, es decir, *Burnout*. Ese es el resultado de un estudio francés realizado con mil enfermeros.

El estudio realizado con enfermeros analizamos los factores predictivos para el desarrollo de *Burnout*, tales como: la posibilidad del profesional de poder controlar los procedimientos y atenciones para los cuales fue designado en la institución en que trabaja; admitir que la institución donde trabaja reconoce y recompensa los diagnósticos precisos, atenciones y procedimientos desarrollados; la percepción de que la institución donde trabaja valoriza y reconoce el trabajo desarrollado, así como invierte e incentiva el desarrollo profesional; la evidencia de respeto en las relaciones internas de la institución; el reconocimiento de la oportunidad de trabajo en la institución; dentro de estos, identificó que el poseer actividades que exigen más tiempo del que el trabajador es capaz de hacer frente, se destaca con un índice más alto que los demás factores (Jodas y Haddad, 2009, p. 194).

Debido a la posibilidad de padecer de Trastornos Mentales y Comportamentales en el área de la salud, el Consejo Federal de Medicina (CFM), en una investigación de ámbito nacional, trazó un panorama de cómo anda la salud de los médicos en Brasil y reveló que “uno de cada 10 médicos se encuentra en nivel de Burnout extremo” (Barbosa, 2007, p. 146).

La psicología positiva persigue ampliar el foco de interés de la psicología, pasando a abarcar todo el espectro de conductas, emociones y rasgos del ser humano, no sólo aquellos característicamente negativos. La psicología debe mirar más allá de la enfermedad mental y el tratamiento, y transformarse en una fuerza positiva destinada a comprender y promover las cualidades y las fortalezas de los seres humanos (Poseck, 2008, p.11).

En la contemporaneidad, es necesario la aplicación de la psicología positiva en el ámbito laboral, con mayor foco de atención a los estados positivos de las personas, a su buen ajuste y rendimientos en el trabajo, y no sólo en sus disfunciones (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Es el caso del término “*Job Engagement*” o “compromiso laboral”, considerado el polo opuesto del concepto de Burnout (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Para Schaufeli y Salanova (2007), el *Engagement* en el trabajo es un estado psicológico de realización o la antítesis positiva del Burnout. En el *Engagement* existe una sensación de realización en contraste con el vacío de vida que deja en la gente el sentimiento de pérdida característico del Síndrome de Burnout (Schaufeli y Salanova, 2009).

La resiliencia es la capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse, y salir fortalecido, con éxito y de desarrollar competencia social, académica y vocacional, pese a estar expuesto a un estrés psicosocial grave (Csikszentmihalyi, 1999; Grotberg, 1995; Rutter, 1985).

Las personas resilientes crean a sí mismas diversos sistemas de apoyo a los que puede recurrir, cuando sea necesario. En vez de querer superarlo todo en solitario, buscan respaldo y cultivan las relaciones que necesitan para ello. Sin hacerse por entero dependientes de ellas, complementan sus propios conocimientos, capacidades y talentos con los recursos de otras personas (Gruhl, 2009, p. 87).

Una característica de las personas resilientes es su inteligencia emocional y su flexibilidad social. Reconocen las distintas clases e intensidades de las relaciones y son capaces de configurar éstas de manera diferenciada. En lugar de limitarse a unas relaciones unilaterales aisladas o replegarse en sí mismas, crean un entorno en el que pueden tener acceso a recursos variados (p. 87).

El objetivo general de este trabajo es investigar la incidencia del SB y sus consecuencias en el grupo de enfermeros, en ámbito público, que realizan asistencia básica, de media y alta complejidad en el estado de Paraíba (Brasil), analizando, además, la relación entre burnout y *Engagement*, y el papel de la resiliencia como factor protector del SB en este grupo profesional.

El presente estudio está subdividido en dos partes. La primera parte referente al Marco Teórico, se constituye de los siguientes capítulos: capítulo 1, en el cual describimos el SB y *Engagement* en el trabajo; capítulo 2, hablamos sobre la resiliencia; en el capítulo 3, sobre la Enfermería, con énfasis en la función del enfermero en los diferentes niveles de atención a la salud – atención básica, de media y alta complejidad.

La segunda parte, representa la parte empírica del estudio contemplando los capítulos de 4 a 7. En el capítulo 4, evidenciamos el planteamiento del problema incidiendo en los objetivos y las hipótesis. El capítulo 5 recoge la metodología adoptada, en el capítulo 6 presentamos los resultados de la investigación, seguido del capítulo 7 con la discusión, y la conclusión en el capítulo 8, y después, en el capítulo 9 están presentadas las referencias utilizadas para la fundamentación teórica y metodológica del estudio en cuestión.

---

Finalmente, están secuenciados los apéndices y anexos, identificando entre ellos, además del término de consentimiento, los cuestionarios utilizados para la colecta de datos.

## **Parte 1. Marco teórico**

**Capítulo 1. El Síndrome de Burnout (SB) y *Engagement* en el  
trabajo**

## 1. El Síndrome de Burnout (SB)

El término Burnout es un anglicismo cuyo significado en español es «estar agotado», «estar quemado». Aparece por primera vez en 1961 en el título de la novela de Graham Greene “*A case of Burn-out*”, cuyo protagonista, un prestigioso arquitecto agobiado por las crisis existenciales, desilusionado con su trabajo, decide dejarlo todo para irse a vivir en un medio más natural: la selva africana (Astorga, 2005, p. 54).

En el campo científico lo presenta por primera vez un psiquiatra estadounidense, Herbert Freudenberger en 1974, para describir sus propias vivencias y las de un grupo de voluntarios que trabajaban en un servicio de rehabilitación de personas adictas a las drogas (Astorga, 2005, p. 54).

Otra pionera en el estudio del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o el síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout - SB), en español SQT, fue la doctora Cristina Maslach (1982), quien trabajó paralelamente junto a Freudenberger. El término fue adoptado del modo en que coloquialmente se nombraba en Estados Unidos a las personas que padecían abuso crónico de alguna droga y también era usado por los abogados para referirse a manifestaciones similares al fenómeno investigado en ambientes de pobreza (Salas y Gordillo, 2009, p. 3).

Posteriormente Maslach y Jackson (1981) difundieron y consolidaron el término que ha sido utilizado para unificar y no crear mayores confusiones entre los investigadores (Guerrero y Rubio, 2005).

Para Maslach (1993), el Burnout se define como una respuesta prolongada en el tiempo a estresores interpersonales crónicos en el trabajo, compuesto por tres componentes claves: agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización profesional.

Según la autora, por agotamiento emocional se entiende un aumento de la demanda o agotamiento de los recursos emocionales, morales y psicológicos de la persona. La despersonalización traduce una distancia afectiva o indiferencia emocional con respecto a los demás, en este caso los que son la razón de ser de su actividad profesional (el paciente, alumnos, etc). En definitiva, la reducción de la realización profesional expresa una disminución de los sentimientos de competencia y de placer asociados al desempeño de una actividad profesional.

Maslach (2003), forjó una concepción a partir de la cual se han generado los conceptos de otros autores, definiendo el Burnout como:

[...] un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, que ocurre en individuos que son trabajadores sociales. Es una respuesta al esfuerzo emocional crónico por el tacto extensivo con otros seres humanos, particularmente cuando estos son problemáticos [...] puede considerarse un tipo de estrés laboral. (p. 2).

En España, Gil-Monte (2001), después de desarrollar trabajos de investigación sobre *el Burnout*, creó su propia definición del mismo:

[...] una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización (p.2).

Actualmente el SB, antes conocido como síndrome de desgaste profesional, del trabajador quemado, síndrome del estrés laboral asistencial (Ramos, 1999), empieza a convertirse en un problema de gran relevancia social. Tanto es así que expertos en materia laboral y en el campo de la salud han reclamado el reconocimiento de este síndrome como una enfermedad profesional o como de riesgo laboral (Gil-Monte, 2005 citado en Astorga, 2005, p. 55).

La investigación de SB, comenzó en los años 1970. Esfuerzos iniciales para definir el SB (Freudenberger, 1975; Maslach, 1976) culminaron en que está compuesto de tres elementos: agotamiento emocional, baja realización personal y despersonalización (Leon, Visscher, Sugimura y Lakin, 2008, p. 241).

El agotamiento emocional (AG) ha sido considerado como el componente principal del SB y el que define de forma patognomónica el síndrome (Maslach, Schaufeli, y Leiter, 2001). Para Maslach, el agotamiento emocional implica una disminución fatigosa de la energía emocional y una creencia de que uno no posee recursos emocionales para adaptarse a sus responsabilidades laborales.

Despersonalización (DP) es el segundo componente del SB. Se define como la pérdida de la capacidad de ver los pacientes como individuos con sentimientos de forma que se empieza a verlos como objetos (Maslach y Jackson, 1984).

El tercer componente, la baja realización personal (RP), ocurre cuando los trabajadores sienten que ellos no son competentes en el trabajo y no pueden alcanzar en su trabajo los objetivos trazados (Maslach y Jackson, 1984). Según Maslach y Jackson (1986) como regla general, cree que posee el agotamiento cuando se compara a los demás compañeros de trabajo (Leon et al., 2008, p. 241).

Ramos y Buendía (2001) entienden el SB como un proceso que supone la interacción de variables emocionales (cansancio emocional, despersonalización), cognitivas (falta de realización personal en el trabajo) y sociales (despersonalización).

Además, está unánimemente aceptado que el SB es un estado de agotamiento físico y mental como consecuencia de factores estresantes en el trabajo. Maslach y cols. (2001) consideran que se debe reservar este término para los estresores crónicos del trabajo relacionado con personas (Astorga, 2005, p 58).

Según Corrobles y Benevides-Pereira (2009), los desencadenantes del Burnout pueden ser múltiples y de naturaleza muy variada, lo que imprime una mayor complejidad a este síndrome. Los factores más decisivos para su desarrollo son las características propias de la organización, seguidas por las del tipo de trabajo, el equilibrio entre responsabilidad y autonomía, la carga laboral, la burocracia, la seguridad, las normas institucionales de promoción y de recompensas se encuentran entre las más citadas.

Entre las características del trabajo, cabe resaltar los conflictos y/o la ambigüedad del papel, la presión, el tipo y el tiempo de ejercicio de la profesión, el trabajo por turnos, la posible existencia de acoso laboral o la relación con los propios compañeros, entre otras (Corrobles y Benevides-Pereira, 2009).

Los autores arriba mencionados, llaman la atención sobre algunos factores o características personales que pueden facilitar o retrasar el desarrollo del síndrome de Burnout, como el idealismo basado en la disponibilidad de datos pocos realistas sobre el tipo de trabajo, la motivación excesiva, un estilo de atribución de control externo, las estrategias de afrontamiento empleadas, la existencia de un patrón de personalidad tipo A o resiliencia, entre otros.

### **1.1 Epidemiología del SB**

De acuerdo con Maroco, Tecedor, Martins y Meireles (2008), inicialmente se consideró que este síndrome psicológico es específico de los que trabajaban en profesiones de ayuda o apoyo a otras personas (por ejemplo, médico, abogado, psicólogos, profesores etc).

El concepto de Burnout viene siendo aplicado a personas que desarrollan actividades que, no siendo profesiones propiamente dichas, comparten con este síndrome algunos puntos en común, como es el caso de madres a tiempo integral (Pelsman, Roland, Tollefson & Wigington, 1989) y de estudiantes (Balogun, Helgemoe, Pellegrini & Hoerberlein, 1996; Koeske & Koeske, 1991; McCarthy, Pretty & Catano, 1990; Schaufeli, Martínez, Marques Pinto, Salanova & Bakker, 2002).

La trascendencia social de este síndrome viene determinada fundamentalmente por la implicación que esta patología tiene sobre la vida personal (con síntomas como depresión, ansiedad, fatiga crónica, trastornos del sueño, frustración, desarrollo de actitudes pesimistas, alteraciones gastrointestinales, cefaleas...) y profesional (pérdida de rendimiento, bajas laborales, ausencias, rotación en el trabajo y abandono) de quienes lo padecen, pero además sus síntomas afectan también a los usuarios a quienes dan servicio (mala calidad de las intervenciones, conflictos y denuncias). (Astorga, 2005, p 54).

El SB es frecuente en profesionales de la salud (médicos, enfermeros, etc.), de la educación (maestros, profesores) y en profesionales que trabajaban con atención a las demás personas (funcionarios de prisiones, policías, secretarías, etc.). No obstante el SB, no está necesariamente restringido a los profesionales de los servicios humanos. En la actualidad se aplica a un amplio y variado grupo de profesionales que incluye desde los directivos a las amas de casa (Ramos y Buendía, 2001, p. 34).

Con base en la lógica de la epidemiología son reconocidos y difundidos en Brasil los estudios de Codo y colaboradores, el cual uno de los objetivos es identificar cuadros psicopatológicos asociados a determinadas categorías profesionales. El propio autor así se refiere: "este método de investigación, con sus avances y retrocesos, fue responsable por el descubrimiento del Síndrome del Trabajo Vacío entre bancarios, paranoia entre digitadores, histeria en trabajadores de guarderías y Burnout en educadores" (Codo, 2002, p.185).

En lo que concierne a las prevalencias del SB observados en profesionales de la salud que actúan en ambientes hospitalarios se observó gran diversidad en los resultados encontrados, las mayores disparidades encontradas ocurrieron en la categoría médica, variando de 8,9% a 78,4%, en los enfermeros hubo cierta homogeneidad en los resultados, la mayoría de los investigadores detectó para esta categoría niveles de SB de medio a bajo variando de 1,9% a 35,7%, aunque es evidente que estos profesionales presentan altos niveles de estrés. En cuanto al riesgo de desarrollar SB, estudios demuestran que los residentes presentan mayores riesgos, mientras que para los enfermeros fue detectado hasta el 69% de riesgo de desarrollar SB, siendo en las dos categorías, mayores los riesgos de desarrollar

agotamiento emocional en relación a las otras dos dimensiones. Dentro de los profesionales de la salud, los auxiliares son los que presentan las menores tasas de SB (Cedeño y Brandt, 2002; Glasberg, Horiuti, Novais, Canavezzi, Miranda, Chicoli, Abrosio, Gonçalves, Bensi y Del Giglio, 2009; Lara, 1999; Ordenes, 2004; Pera y Serra-Prat, 2002; Vega, Neil Valentin, Sanabria, Domínguez, Osorio, Ojeda y Bejarano, 2009; Vinaccia y Alvaran, 2004).

Posteriormente al análisis sistemático de la literatura se puede deducir que el desarrollo del SB ha sido relacionado en varias investigaciones a la actuación profesional en sectores considerados más desgastantes como por ejemplo emergencias, urgencias, Unidades de Terapias Intensivas (UTI) y servicios de oncología, dada la mayor probabilidad de contacto directo con el sufrimiento y con la muerte en estos ambientes. En cuanto al lugar de trabajo, se percibió que hay mayor probabilidad de desarrollo de SB, sobre todo en su grado de agotamiento emocional y despersonalización, en instituciones privadas (Agüir, Artazcoz y Perez-Hoyos, 2008; Gandini, Paulini y Sales, 2006; Grau Alberola, Gil Monte, Jueas y Ferraz, 2009; Tucunduva, Garcia, Prudente, Centofanti, Souza. Monteiro, Vince, Samano, Gonçalves y del Giglio, 2006). Fueron relatados, como elementos que contribuyen para el incremento de los niveles de SB, la insatisfacción con el lugar de trabajo y alta probabilidad de ocurrencia de accidentes con material biológico (Vega et al., 2009).

La sobrecarga de trabajo a la cual están expuestos la mayoría de los profesionales de la salud, específicamente aquellos que actúan en ambientes hospitalarios, traducido por el ejercicio de la profesión en varias instituciones, trabajo por turnos, muchas veces por más de 24 horas ininterrumpidas, elevado número de pacientes bajo la responsabilidad de un único profesional, alto grado de burocracia de las acciones fue descrita en diversas investigaciones como factor relacionado al desarrollo del síndrome (Gandini, Paulini y Sales, 2006; Gil-Monte, Garcia-Jueas y Hernández, 2008; Grau Alberola et al., 2009; Gutierrez y Martinez, 2006; Tucunduva et al., 2006).

En lo que se atañe al perfil de las personas más frecuentemente afectada por SB hay predominio en aquellas personas que son del sexo femenino, solteras, jóvenes, que no tienen hijos, que se sienten insatisfechas con el trabajo y con poco tiempo de ejercicio de la profesión; cuanto a los dos últimos hay relatos de que contribuyen de sobremanera para la ocurrencia de agotamiento emocional (EE), de acuerdo con (Gil-Monte, 2002; Grau Alberola et al., 2009; Rodríguez, Pedreros y Merino, 2008; Sandoval, Sanhueza, Borjas, González Sanhueza, Odgers y Najafzadeh-Tabrizi, 2006).

Aún sobre el perfil, se verificó en algunas investigaciones que ser especialista en el área en que se actúa, poseer experiencia en el área en que trabaja y desear dedicarse al ramo en que se encuentra son factores que pueden contribuir para reducir los niveles de SB. Además de eso, los estudios han demostrado que personas con alta sensibilidad a críticas, desconfianza frente a los demás, dificultades para establecer contactos sociales y bajo ajuste psicológico tienen mayor predisposición al desarrollo de SB, no habiendo una personalidad típica y sí trazos que predisponen a aquella patología (Barros, Tironi, Staffa, Nascimento Sobrinho, Neves, Bitencourt, Almeida, Souza, Teles, Feitosa, Mota, França, Borges, Lordão, Trindade, Almeida, Marques Filho y Reis, 2008). Rojas, Soto y Fuenzalida (1999), añaden que la etapa del crecimiento y del desarrollo en que se encuentran los hijos también es factor que interviene en el desarrollo del SB.

Echenique (2008) evidenció en su investigación que residir en el interior, actuar en instituciones provinciales y, en menor grado, municipales, concurren para reducir la realización profesional. Además, demostró que la reducción de la satisfacción con el trabajo aumenta el riesgo de despersonalización y que la baja realización personal también contribuye para este incremento.

Grau Alberola et al (2009) dictaron que la presencia de conflictos interpersonales son antecedentes significativos para la ocurrencia de agotamiento emocional y para la reducción de los niveles de realización personal con el trabajo que, a su vez, contribuyen para el desarrollo de otros problemas de salud. Rojas et al., (1999) añaden que la percepción de los profesionales cuanto a los beneficios ofrecidos por la institución interfieren en el desarrollo de SB.

Aparentemente, los médicos son los profesionales de la salud más afectados por SB, seguidos por los enfermeros y por los demás profesionales de la salud, en este orden. Sin embargo, es necesario cautela cuanto a esta afirmación, teniendo en vista que la mayoría de los investigadores que se dedicaron al desarrollo de SB en profesionales de la salud optó por seguir estudiando delante de la realidad de esta categoría, habiendo, por tanto, la necesidad de un incremento de las investigaciones (Albanessi, Tifner y Nasetta, 2005; Gandini, Paulini y Sales, 2006; Glasberg et al, 2009; Grau et al., 2009). Quanto a los enfermeros, se constató que aunque se presenten epidemiológicamente más predispuestos, se ha encontrado niveles de SB de moderados a bajos (Jofré y Valenzuela, 2005; Parada, Moreno, Mejías y Rivas F., 2005).

Dentro de los factores que contribuyen para reducir el riesgo de desarrollo de SB fueron encontrados, la práctica regular de ejercicios físicos, poseer religión y gozo de vacaciones regularmente (Glasberg et al., 2009; Tucunduva et al., 2006).

Factores como bajo reconocimiento profesional y bajo nivel de inversión por parte de la institución en el desarrollo de los profesionales son también factores que contribuyen para el desarrollo de SB. Por otro lado, sentimientos como optimismo y satisfacción con recompensas económicas son significativos para la reducción de los niveles del síndrome (Grau Alberola et al., 2009; Jodas y Haddad, 2009). Otro factor que interfiere decisivamente para el desarrollo del síndrome es la configuración general de la cultura organizacional (Borges, 2002).

En la investigación realizada por Pascoal (2008), con el objetivo de investigar la presencia de SB en trabajadores de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) del municipio de João Pessoa – PB, y averiguar la relación de este Síndrome con el riesgo de enfermedad mental. Fue realizado con 170 profesionales de los cinco Distritos Sanitarios del municipio de João Pessoa, equivalente a 90,42% de la muestra que se pretendía analizar. La colecta de datos fue realizada a través de los instrumentos de investigación: Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de perfil sociodemográfico y de valores personales relacionados al trabajo y Self-Report Questionnaire (SRQ-20).

De acuerdo con la autora citada, los individuos identificados en estado de SB, de acuerdo con el criterio de Maslach, tienen formación superior completa (65,6%), trabajan en otro lugar, además de la Unidad Básica de Salud (71,1%), con actuación superior a 8 años en la ESF (70,3%). Con respecto a la asociación entre el Síndrome y el riesgo de enfermedad mental, se verificó que de las 32 (18,9%) personas que presentaron el riesgo, 29 (90,6%) tienen Burnout. Las señales y síntomas más prevalentes señalados entre las personas con Burnout fueron: falta de apetito; llora con más facilidad que de costumbre; dificultades para realizar con satisfacción las actividades diarias; pérdida del interés por las cosas y cansancio (Pascoal, 2008).

## **1.2 Síntomas del Síndrome de Burnout**

Encontramos en la literatura una lista extensa de diversos síntomas asociadas al Síndrome de Burnout (Arroyo, 2004; Carlotto y Camara., 2007; Freudenberg, 1974; Iwanicki, 1983) citados en (Pascoal, 2008, p. 40), sin embargo, utilizaremos el resumen (Tabla 1) esquemático presentado por Benevides-Pereira en uno de sus estudios sobre el Síndrome.

Tabla 1. Resumen esquemático de la sintomatología del Síndrome de *Burnout*.

<b>SINTOMATOLOGÍA DEL BURNOUT</b>	
<p><b>FÍSICOS</b></p> <p>Fatiga constante y progresiva            Disturbios del sueño            Dolores musculares u osteomusculares            Cefaleas, jaquecas            Molestias gastrointestinales            Inmunodeficiencias            Trastornos cardiovasculares</p> <p>Disturbios respiratorios            Disfunciones sexuales            Alteraciones menstruales</p> <p><b>PSÍQUICOS</b></p> <p>Falta de atención y concentración            Alteraciones de la memoria            Lentitud del pensamiento</p> <p>Sentimiento de alienación            Sentimiento de soledad            Impaciencia            Sentimiento de insuficiencia            Baja autoestima            Labilidad emocional            Dificultad de autoaceptación            Astenia, desánimo, disforia, depresión            Desconfianza, paranoia</p>	<p><b>COMPORAMENTALES</b></p> <p>Negligencia o exceso de escrúpulos            Irritabilidad            Incremento de la agresividad            Incapacidad para relajar            Dificultad a la aceptación de cambio            Pérdida de iniciativa            Aumento del consumo de sustancias            Comportamiento de alto riesgo            Suicidio</p> <p><b>DEFENSIVOS</b></p> <p>Tendencias al aislamiento            Sentimiento de omnipotencia            Pérdida del interés por el trabajo u ocio            Absentismo            Ironía, cinismo</p>

**Nota:** Fuente: (Benevides Pereira, 2002. p. 44)

Benevides-Pereira (2002) señala que no es necesario que la persona presente todos los síntomas (Tabla 1), para caracterizar Burnout y hace un hincapié a la ocurrencia de los síntomas defensivos, considerado como constituyente de la característica más importante, por ser el elemento diferenciador entre el Síndrome y el estrés.

Hay que resaltar que la palabra estrés no puede confundirse con Burnout en lo que se refiere a los conceptos y diferencias, ya que el estrés ocurre a partir de reacciones del organismo a las agresiones de orígenes distintos, capaces de perturbar el equilibrio interno del ser humano. Sin embargo, Burnout es una respuesta del estrés laboral crónico que engloba actitudes y alteraciones comportamentales negativas relacionadas al contexto de trabajo con desconsideración del lado humano (Carvalho y Magalhães, 2011).

En el caso de los trabajadores de enfermería, engloba los pacientes, la organización y el propio trabajo, eso ocurre cuando los métodos de enfrentamiento contra los factores estresantes no funcionan o no son suficientes (Joda y Haddad, 2009).

El Síndrome de Burnout asume un concepto multidimensional, cuya manifestación se caracteriza por agotamiento emocional, reducción de la realización personal en el trabajo y despersonalización del semejante (Borges, Argolo y Baker, 2006).

El Burnout no aparece de forma aguda, sino como respuesta a un estresor determinado, de una secuencia determinada de factores desencadenantes crónicos. El sufrimiento surge así de la relación del hombre con la organización de trabajo bloqueándose de manera permanente. (Nunes, 2008).

Para Corrobles y Benevides-Pereira (2009), entre los síntomas defensivos, por su parte, se han descrito los siguientes: la tendencia al aislamiento, la pérdida de interés por el trabajo o el absentismo laboral. Aunque todos estos síntomas pueden ser similares a los observados en el caso del estrés, pueden ser acompañados de otros, como los defensivos de omnipotencia, ironía y cinismo, que son típicamente característicos del Burnout.

El tratamiento, por su parte, no se centra en el síntoma o en el trastorno, sino en el desencadenante del síndrome y lo que es mejor o peor para el paciente (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

### **1.3 Dimensiones del Síndrome de Burnout**

Según Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), puede ser definido el SB como un síndrome psicológico que aparece como respuesta a factores estresantes crónicos interpersonales en el trabajo, las tres dimensiones clave de esta respuesta de estrés son: un agotamiento (cansancio emocional), sentimientos de despersonalización, con manifestaciones de insolencia, abuso y distanciamiento respecto al trabajo (despersonalización) y una sensación de ineficacia y de baja realización personal en el trabajo (baja realización personal).

#### **Agotamiento (AG) o Cansancio Emocional (CE)**

Para Ramos (1999), el agotamiento es la manifestación primaria del síndrome y su dimensión central. Cuando las personas que sufren Burnout describen su propia experiencia relatan fundamentalmente esta sensación de agotamiento o cansancio (Maslach y Jackson, 1997). Esta dimensión, además de ser la que más comúnmente se declara, es la que se estudia

de manera más consiente. Es probablemente por esta razón, que el burnout se identifica más fuertemente con el agotamiento y por lo que algunos investigadores han llegado a argumentar que las otras dimensiones son innecesarias (Pines y Aronson, 1988). Pero esta fuerte identificación del SB con el agotamiento no es un criterio suficiente para caracterizarlo; el agotamiento es el componente individual del Burnout, pero no podemos dejarlo fuera del contexto porque se perdería completamente la perspectiva del fenómeno.

Aunque el agotamiento refleja la dimensión del estrés en el SB, no logra captar los aspectos críticos de las relaciones que tiene la gente en su trabajo. El agotamiento no es algo que simplemente, se experimenta, además provoca acciones para distanciarse emocionalmente del trabajo, presumiblemente, como modo de hacer frente a una sobrecarga cualitativa o cuantitativa de trabajo. En los servicios sociales, las demandas emocionales del trabajo pueden agotar la capacidad de un proveedor de servicios involucrarse para dar respuesta a las necesidades de los receptores de servicios (Astorga, 2005, p. 57).

### **Despersonalización (DE)**

De acuerdo con Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), la despersonalización es un intento de distanciarse del receptor de servicios ignorando activamente las cualidades que les hacen personas únicas e interesantes. Sus demandas son más fáciles de gestionar cuando se les considera objetos impersonales del trabajo. Esta dimensión es descrita por Maslach y Jackson (1997) como la respuesta impersonal y fría, en ocasiones insolente y desconsiderada, hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional. Fuera de los servicios humanos, la gente utiliza el distanciamiento cognitivo desarrollando indiferencia o una actitud cínica cuando están agotados o desanimados. El distanciamiento es una reacción tan inmediata al agotamiento que en toda la investigación sobre el burnout aparece constantemente la relación entre agotamiento y despersonalización en una gran variedad de ámbitos organizativos y profesionales.

### **Realización Personal (RP)**

La ineficacia (sentimiento de realización personal reducida) se relaciona con las otras dos dimensiones del SB, pero esta es más compleja. En algunos casos parece depender, hasta cierto punto, del agotamiento, de la despersonalización o de una combinación de ambos (Lee y Ashforth, 1996). Una situación laboral con demandas crónicas y abrumadoras que

contribuya al agotamiento y a la despersonalización erosionará, muy probablemente el sentimiento de eficacia del trabajador. Además, el agotamiento y la despersonalización interfieren en la eficacia: es difícil obtener un sentimiento de realización personal cuando te sientes agotado o cuando hay que ayudar a gente que nos resulta indiferente. La falta de eficacia profesional, el sentimiento de incompetencia y de falta de éxito (Maslach y Jackson, 1997) parece surgir claramente de una falta de recursos relevantes, mientras que el agotamiento y la despersonalización surgen de la presencia de una sobrecarga de trabajo y de conflicto en las relaciones sociales en el contexto de trabajo (Astorga, 2005).

Estos síntomas de SB en las dimensiones (CE, DE y RP), aparecen de manera secuencial y articuladas entre sí dentro de un proceso más amplio de estrés laboral. Esta particularidad del Síndrome de Burnout la hace diferente de otras respuestas al estrés como la fatiga, la ansiedad o la depresión que pueden ser considerados como estados del individuo (Gil-Monte y Peiró, 1997; Ramos y Buendía, 2001) y que pueden aparecer como consecuencia o no del SB (Astorga, 2005).

El desarrollo de estudios sobre el Síndrome de Burnout demostró que no hay razón para limitar este síndrome a los dominios profesionales de apoyo a otras personas, extendiéndose a todas las actividades profesionales (Leiter & Schaufeli, 1996).

Esta ampliación implicó cambios en las designaciones de las dimensiones de Burnout, ya que en las profesiones que no son de ayuda, el agotamiento emocional pasó a ser designado simplemente por agotamiento, la despersonalización pasó a llamarse cinismo y la realización profesional culminó en eficacia profesional. (Maroco, Tecedero, Martins e Meireles, 2008).

#### **1.4 Principales características del SB**

La Tabla 2, resume las principales características referenciadas por diversos autores (Benevides-Pereira, 2002; Codo, 2002; Gil-Monte & Pieró, 1997; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Schaufeli & Ezzmann, 1998 apud Pereira, 2008), que presentan estudios sobre el síndrome.

**Tabla 2. Resumen esquemático de los Mediadores, Facilitadores y/o Desencadenantes del Síndrome de Burnout**

CARACTERÍSTICAS PERSONALES	CARACTERÍSTICAS PERSONALES
Edad Sexo Nivel educacional Hijos Personalidad: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nivel de resiliencia,</li> <li>- Locus de control,</li> <li>- Patrón de personalidad tipo A</li> <li>- Variables del self</li> <li>- Estrategias de enfrentamiento</li> <li>- Neuroticismo,</li> <li>- Perfeccionismo.</li> </ul> Sentido de coherencia Motivación Idealismo	Tipo de ocupación Tiempo de profesión Tiempo de institución Trabajo por turnos Sobrecarga Relacionamiento entre colegas de trabajo Acoso moral Relación Profesional-Paciente Tipo de cliente Conflicto de papel Ambigüedad de papel Soporte organizacional Satisfacción Nivel de control, autonomía. Responsabilidad, presión Posibilidad de progreso Percepción de iniquidad Conflicto con los valores personales Falta de <i>feedback</i> .
CARACTERÍSTICAS PERSONALES	CARACTERÍSTICAS PERSONALES
Ambiente físico Cambios organizacionales Normas institucionales Clima Burocracia Comunicación Autonomía Recompensas Seguridad	Soporte social Soporte familiar Cultura Prestigio

**Nota:** Fuente: (Pereira, 2008)

Para la autora, la forma como estas características se combinan entre si, puede venir a postergar o facilitar el proceso de Síndrome de Burnout. Por ejemplo, una persona con alto nivel de resiliencia en una organización con características predisponentes al estrés ocupacional, puede tardar más tiempo en desarrollar el síndrome comparado a un colega de trabajo con menor nivel. No obstante, por medio del tiempo o del aumento de los factores negativos en la institución, vienen a sufrir dificultades a nivel personal, este equilibrio puede romperse llevando la persona a desarrollar el SB.

## 1.5 Consecuencias del SB

Corrobles y Benevides-Pereira (2009), destacan las consecuencias o síntomas asociados al Burnout, que pueden ser por una parte, físicos, como las jaquecas, los trastornos del sueño, los dolores óseos o musculares, principalmente en el cuello o la nuca, una disminución de la respuesta inmunitaria, una fatiga constante, los posibles problemas cardiovasculares y/o gastrointestinales o las disfunciones sexuales.

Por otra parte, los problemas psicológicos que pueden consistir en una dificultad de concentración, alteraciones de la memoria, lentitud del pensamiento, un autoestima reducido, labilidad emocional, impaciencia, sentimiento de insuficiencia, paranoia y depresión. En cuanto a las alteraciones comportamentales, se han identificado la incapacidad para relajarse, irritabilidad, aumento de agresividad, negligencia o escrúpulos excesivos, reducción de la capacidad para la aceptación de cambios o conductas de alto riesgo que pueden llegar al el suicidio (Corrobles y Benevides-Pereira, 2009).

Los servicios de atención a salud poseen especificidades relativas a la actuación frente al dolor, al sufrimiento y al mal estar orgánico, emocional y social de las personas. Requiere de los profesionales una carga adicional de competencias interpersonales, a parte de las condiciones inherentes al ejercicio profesional que incluyen trabajo por turnos y escalas de fuertes presiones externas (Carvalho y Magalhães, 2011).

De esta forma, nuevas enfermedades como el Síndrome de Burnout, surgen a partir de los cambios introducidos en el mundo del trabajo (Borges, Argolo y Baker, 2006).

Del punto de vista organizacional, el SB está altamente correlacionado con baja moral de los trabajadores, absentismo y rotación de personal, resultados organizacionales negativos y bajo nivel de comprometimiento con el trabajo. El bajo comprometimiento con los resultados grupales y organizacionales afectan a la calidad en la atención al cliente (Carlotto, 2010).

La autora resalta que es una situación preocupante ya que el profesional de enfermería es parte integrante de la atención al paciente. Cuando se tiene en cuenta que es el profesional que más tiempo pasa con el paciente, se agrava todavía más, puesto que afecta a la oferta de atención con calidad.

Según Nunes (2008), como formar de lidiar con sus problemas físicos, los profesionales afectados, por veces, hacen uso excesivo de tranquilizantes, drogas o alcohol, el desgaste influye en las relaciones familiares (divorcios, malos tratos) y en el trabajo, determinando una disminución importante del rendimiento y aumento de absentismo.

## 1.6 Algunas etapas-claves del Síndrome de Burnout

De acuerdo con Edelwich y Brodsky (1980), el Burnout no surge de la noche a la mañana. Pasa por etapas, un proceso de varias fases:

1 – **Entusiasmo idealista** - Al principio, el interesado se entrega al trabajo con el entusiasmo típico de quien acaba de llegar y cree que está llamado a salvar el mundo.

La hiperidentificación con quien debe ser ayudado y con sus problemas, el sentirse una sola cosa con él, lleva fácilmente del entusiasmo al Burnout y provoca muchos inconvenientes los propios sentimientos con los del paciente, las necesidades de los demás con la propia necesidad que los demás tengan necesidad, la vida del trabajo con la propia vida personal y social, la implicación profesional con la personal.

2 – **Estancamiento** – Pasado un tiempo, más o menos largo, aparecen los primeros indicios de cansancio, la eficacia condiciona el paso, el individuo parece girar en el vacío y encontrarse siempre en el punto de partida. Se necesitan resultados para fortalecer el propio autoestima, pero en las profesiones de ayuda los resultados no siempre se pueden medir. Es la segunda etapa, caracterizada por el estancamiento. A la gran inversión no responden los resultados esperados. La profesión, que antes parecía responder a todas las expectativas, ha dejado de ofrecer grandes satisfacciones.

La persona comienza a quejarse de excesivo cansancio. Se perciben los primeros signos de irritabilidad con aquellos a los que se quiere ayudar y con los compañeros de trabajo. Se siente disgusto del propio trabajo, antes tan maravilloso y ahora tan poco fascinante. Y no es fácil pedir algún apoyo a quienes durante ese tiempo (familia y amigos) se les ha dejado de lado, e incluso olvidado.

3 – **Frustración** – La realidad no es tan gratificante como se había esperado y el ideal que se creía al alcance de la mano se aleja cada vez más y se convierte en utopía. La diferencia entre ideal y realidad es cada vez mayor, casi insalvable, y llega a quemar.

Es esta la fase central del proceso, el momento más delicado de la crisis. Se llega a una encrucijada: o bien al camino que conduce a la superación de la situación a través de una reconciliación entre aspiraciones y realidad, a un cambio y a una verdadera maduración que puede abrir nuevas vías y crear nuevas posibilidades, o bien al desinterés y al abandono.

4 – **Apatía** – Si no se supera creativamente la crisis, se cae en la apatía, en la frialdad emotiva y en la impersonalidad relacional. El momento en que aparece el verdadero Burnout. Es el fracaso de una buena empatía, la desaparición de una simpatía que se escapa de las manos.

## 2. *Engagement* en el trabajo

La psicología, en su línea de estrategia, se mantuvo preocupada con el proceso de enfermar, analizando el origen y el desarrollo de síntomas, en busca de formas de revertirlo. La aparición del humanismo de los años 50 posibilitó nueva visión a la salud en detrimento de la enfermedad, las capacidades y el potencial, en vez de centrarse en el síntoma, aunque la mayoría de los profesionales se centren en la patología. En la década de los 90 la Psicología Positiva posibilitó una nueva forma de ver la positividad del ser humano, rescatando el énfasis en la prevención y en los aspectos salutogénicos (Angst, Benevides-Pereira y Porto-Martins, 2009, p.2).

De acuerdo con estos autores, desde el inicio del siglo, se está dando más atención al que se ha denominado Psicología Positiva, es decir, el estudio científico en la psicopatología, enfermedad, disturbio y mal funcionamiento (Angst, Benevides-Pereira y Porto-Martins, 2009, p. 4).

Siguiendo el raciocinio, la concentración en cuestiones optimistas aumentó el enfoque de la atención en la psicología organizacional por el comportamiento organizacional positivo, que es “el estudio orientado positivamente por las fuerzas, recursos humanos y capacidad psicológica que pueden ser medidos, desarrollados y efectivamente manejados para la mejoría del desempeño laboral cotidiano (Luthans, 2002).

Para Angst, Benevides-Pereira y Porto-Martins (2009), con la aparición de la psicología positiva (organizacional), no es de sorprender que los aspectos positivos de la salud y bien estar estén aumentando en la Psicología de la Salud Ocupacional. Uno de estos aspectos positivos es el *engagement*<sup>1</sup> en el trabajo que se considera opuesto al Síndrome de Burnout. Mientras que los trabajadores que desarrollan el SB se sienten agotados y deshumanizados, sus similares engajados se sienten vigorosos y entusiasmados en relación a su trabajo.

Al contrario que los que sufren SB, los trabajadores con *engagement* tienen una sensación de energía, están conectados con el trabajo, y se ven capaces de lidiar con las demandas de su trabajo (Angst, Benevides-Pereira y Porto-Martins, 2009).

---

<sup>1</sup> Así como el término Burnout no fue traducido a la lengua portuguesa, será mantenido el término *engagement* como el original, debido a que no hay una única palabra que exprese el significado de la palabra inglesa (Angst, Benevides-Pereira y Porto-Martins, 2009, p.4).

Para Maslach y Leiter (1997), el *engagement* y el Burnout constituyen polos opuestos de un continuo bien estar relacionado al trabajo, con el Burnout representando el polo negativo y el *engagement* el polo positivo.

Como Maslach y Leiter (1997) definen el Burnout en términos de agotamiento, deshumanización y reducida eficacia profesional, el *engagement* se caracteriza como energía, ganas y eficacia. En otras palabras, estos tres aspectos del *engagement* constituyen los tres aspectos correspondientes del Burnout, como medido por Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Lo que significa que bajos *scores* en la escala de agotamiento y deshumanización y altos *scores* en reducida eficacia profesional es un individuo de *engagement* (Angst, Benevides-Pereira y Porto-Martins, 2009).

En la literatura, Salanova, González-Romá y Bakker (2002), definen el *engagement* en el trabajo y los mismos son seguidos por Angst, Benevides-Pereira y Porto-Martins (2009), de la siguiente forma:

*Engagement* es un estado positivo de la mente, realizador y relacionado al trabajo que se caracteriza por vigor (VI), dedicación (DE) y absorción (AB). Más que un estado momentáneo y específico, el *engagement* se refiere a un estado más persistente y afectivo-cognitivo que no está enfocado en un objeto, evento, individuo o comportamiento específico. El vigor se caracteriza por los altos niveles de energía y resiliencia mental mientras uno trabaja, voluntad en invertir en el trabajo, y persistencia en situación de dificultad. La dedicación se refiere a estar fuertemente centrado en su trabajo y experimentar una sensación de significancia, entusiasmo, inspiración, orgullo y desafío. Absorción se caracteriza por como uno estar concentrado y centrado en su trabajo, siendo que el tiempo pasa rápidamente y el individuo posee dificultad en desconectarse de su trabajo (p. 5).

De acuerdo con este concepto, vigor y dedicación se consideran directamente opuesto al agotamiento y deshumanización, respectivamente. El intervalo que hay entre el vigor y agotamiento fue denominado energía o activación, mientras que el intervalo entre dedicación y deshumanización fue denominado identificación (Schaufeli e Bakker, 2001). A parte de todo eso, el *engagement* en el trabajo se caracteriza por los altos niveles de energía y fuerte identificación con su trabajo. El Burnout se caracteriza a su vez por lo contrario: bajos niveles de energía combinados con baja identificación con su trabajo (Angst, Benevides-Pereira y Porto-Martins, 2009).

Siguiendo el pensamiento de los autores, con respecto a la definición anterior, el opuesto directo del tercer aspecto de Burnout, ineficacia profesional o baja realización profesional, no se incluye en el concepto de *engagement*. Hay dos razones para ello. Primero, que existen evidencias empíricas de que el agotamiento y la deshumanización se constituyen como el centro de Burnout (corazón del síndrome de Burnout), mientras que la falta de eficacia profesional no participa de forma tan prominente (Maslach, Schaufeli e Leiter, 2001; Shirom, 2002).

En segundo lugar en las entrevistas y discusiones con trabajadores y supervisores se encontró que más que eficacia, el *engagement* se caracteriza particularmente por la persona estar sumergida y envuelta en su trabajo, un estado que se denomina absorción. Absorción es un aspecto distinto del *engagement* en el trabajo que no se considera opuesto de ineficacia profesional.

Para Salanova y Schaufeli (2009, p. 93), el *engagement* se ha convertido en un concepto muy de moda, o sea, en el ámbito de los negocios y la consultoría y, recientemente, también en el ámbito académico. Las connotaciones diarias del *engagement* se refieren a la vinculación, la implicación, el compromiso, la pasión, el entusiasmo, el esfuerzo y la energía.

El origen del término *engagement* del inglés, “*engagement* del empleado” (*Employee engagement*) no está totalmente claro, pero se utilizó por primera vez a finales de los noventa por la Organización Gallup, una empresa de consultoría líder en su sector (Buckingham y Coffman, 1999).

De acuerdo con Salanova y Schaufeli (2009, p. 94), las frases “*engagement* del empleado” y “*engagement* en el trabajo” (*Work engagement*) se utilizan normalmente como sinónimos. Por tanto, el *engagement* en el trabajo se refiere a la relación que tiene el trabajador con su trabajo, mientras que el “*engagement* del empleado” puede también incluir la relación existente con la organización.

Siguiendo el pensamiento de estos autores, el *engagement* se define recurriendo a otros conceptos psicológicos conocidos, como (p. 99):

- Compromiso organizacional, más concretamente compromiso afectivo (por ejemplo, el vínculo emocional con la organización) y el compromiso de continuidad (por ejemplo, el deseo de permanecer en la organización).
- Conducta extra-rol, o como dicen los americanos “ir más allá” (por ejemplo, conducta voluntaria que promueve el funcionamiento efectivo de la organización).

## 2.1. Conceptos relacionados al significado del *engagement*

Debido a que no existe acuerdo con respecto al significado del *engagement* y a algunas de sus descripciones, es necesario profundizar algo más sobre los conceptos que son similares o alternativos. Estos elementos se refieren a las conductas de los trabajadores (conducta extra-rol, iniciativa personal, creencias (compromiso organizacional, implicación laboral) o afecto (satisfacción laboral, afectividad positiva), Salanova y Schaufeli (2009, p. 118):

- *Conducta extra-rol*. Aunque el *engagement* se define comúnmente en términos de esfuerzo discrecional, “darlo todo”, o “ir más allá”, es limitante considerar al *engagement* tan sólo en términos de un esfuerzo voluntario extra. En primer lugar, los trabajadores *engaged* aportan algo diferente al trabajo (por ejemplo, solución creativa de problemas) y no solo hacer algo más (por ejemplo, trabajar más horas). En segundo lugar, los límites entre la conducta esperada (la conducta oficialmente requerida que atiende a las metas de la organización) y la conducta extra-rol (la conducta voluntaria que va más allá de la conducta esperada), son débiles en el mejor de los casos.
- *Iniciativa personal*. De acuerdo con Frese y Fay (2001), la iniciativa personal comprende la conducta autoiniciada, la proactividad y la persistencia. Como un tipo de conducta específica, la iniciativa personal va más allá de lo que es normal, obvio u ordinario en el trabajo. Más que sobre la cantidad de trabajo, la iniciativa personal se refiere a la calidad de la conducta de los trabajadores. Por ejemplo, tener ideas innovadoras, tomar la iniciativa cuando nadie lo hace o anticiparse a problemas futuros.
- *Implicación laboral*. En su clásico artículo Lodahl y Kejner (1965) definen la implicación laboral como: “...el grado con el que una persona se identifica psicológicamente con su trabajo, o la importancia del trabajo en su autoimagen total” (p. 24). Claramente, la implicación laboral está muy relacionada con el *engagement* pero no es equivalente a éste.
- *Compromiso organizacional*. De forma parecida a la implicación laboral, el compromiso organizacional es un estado psicológico de apego e identificación, pero a la diferencia de la implicación laboral es una fuerza vinculante entre el individuo y la organización.
- *Satisfacción laboral*. En contraste con el *engagement* que se ocupa del afecto del trabajador en el trabajo, la satisfacción laboral se ocupa del afecto hacia el trabajo. La satisfacción laboral no sólo se considera un estado emocional, sino también, y quizá predominantemente, una creencia o juicio evaluativo con fundamentos cognitivos. La satisfacción laboral tiene que ver con sentimientos que indican saciedad (confortabilidad, tranquilidad, serenidad, relajación), mientras que el *engagement* está más relacionado con sentimientos que se refieren a activación (entusiasmo, estar alerta, excitación, euforia).
- *Afectividad positiva*. A primera vista, afectos positivos parecidos están implicados tanto en el *engagement* como en la afectividad positiva. Por ejemplo, las categorías de afecto positivo existentes en la escala de Afectividad Positiva más utilizada incluyen, entre otras, atención

(absorción), alerta (absorción), entusiasmo (dedicación), inspiración (dedicación), orgullo (dedicación), determinación (vigor) y fortaleza (vigor), de acuerdo con (Watson, Clarck y Tellegen, 1988, p.1064).

Además de estos seis conceptos distintos pero relacionados de algún modo, el *engagement* en el trabajo se solapa con dos estados psicológicos más complejos (el *flow* y la adicción al trabajo), de acuerdo con Salanova y Schaufeli (2009, pp. 122-3):

- *Flow*. De acuerdo con Czikszentmihalyi (1990), el *flow* es un estado de experiencia óptima que se caracteriza por una atención focalizada, una mente clara, por la unión del cuerpo y la mente, por la facilidad de concentración, por un control total, una pérdida de autoconsciencia, por una distorsión del tiempo y un gozo intrínseco. Claramente, estar muy involucrado con el trabajo se acerca de la descripción de *flow*. Pero el *flow* se refiere a un momento concreto, a corto plazo (*peak experience*), o experiencias cumbre, también fuera del trabajo mientras que la absorción se refiere a un estado mental más persistente y duradero en el tiempo que el *flow*. Además, el *flow* es un concepto mucho más comprensivo que también incluye antecedentes específicos como la coincidencia entre una situación que supone un reto y el nivel de habilidades de la persona.
- Adicción al trabajo. A primera vista existen algunas semejanzas entre los adictos al trabajo y los trabajadores *engaged*. Por ejemplo, ambos trabajan muy duros y están involucrado con su trabajo. Sin embargo, se ha argumentado que los trabajadores *engaged* no sufren el componente de compulsividad que caracteriza a los adictos al trabajo (Schaufeli, Taris y Bakker, en prensa). Esencialmente, los trabajadores *engaged* trabajan duro porque para ellos el trabajo supone un reto y es divertido, y no tanto debido a la existencia de un irresistible impulso interno que les inducen a ello. Además, el *engagement* y la adicción al trabajo están relacionados con variables diferentes: los trabajadores *engaged* y los adictos trabajan duros y son leales a su organización, pero en el caso de los adictos al trabajo esto lleva asociado una disminución de la salud mental y un aislamiento social, particularmente, fuera de su trabajo. En cambio, los trabajadores *engaged* sienten bienestar mental, físico y social (Schaufeli et al., 2008).

## 2.2. Consecuencias de *engagement* en el trabajo

Es necesario dar énfasis en que presentar y lidiar con las posibles causas (y consecuencias) del *engagement* todavía es insuficiente en la medida en que pocos estudios se desarrollaron y los pocos que se han llevado a cabo son de naturaleza transversal.

El *engagement* en el trabajo está asociado con las características laborales que pueden ser recursos motivadores o energizantes, así como el apoyo social de colegas de trabajo y el *feedback* de su superior, *feedback* de performance, *coaching*, autonomía en el trabajo, variedad de tareas y facilidades de entrenamiento (Demerouti, Bakker, Janssen, &

Schaufeli, 2001; Salanova et al., 2001, 2003; Schaufeli, Taris & Van Rhenen, 2003; Schaufeli & Bakker, in press).

Sonnentag (2003) demostró que el nivel de trabajo experimentado está positivamente relacionado con la extensión por la cual los empleados se recuperan de su día de trabajo. Además, el *engagement* en el trabajo se relaciona positivamente con el autoestima (Salanova et al, 2001), lo que parece ser que la autoconfianza puede preceder al *engagement*, como proceder (Salanova, Bresó e Schaufeli, 2005).

Esto significa que una espiral creciente puede existir: la autoeficacia genera el *engagement*, y en respuesta aumenta las creencias de autoeficacia (Angst, Benevides-Pereira y Porto-Martins, 2009).

Las posibles consecuencias del *engagement* en el trabajo se relacionan a actitudes positivas que conciernen a la organización, como satisfacción con el trabajo, comprometimiento organizacional y baja rotación ( Demerouti et al., 2001; Salanova et al., 2001, Schaufeli & Bakker, in press; Schaufeli, Taris & Van Rhenen, 2008), además se relacionan a comportamientos organizacionales positivos, como iniciativa personal y motivación para el aprendizaje (Sonnentag, 2003), trabajar horas extras (Salanova, Agut & Pieró, 2003), y comportamiento proactivo (Salanova et al, 2003).

No obstante, hay algunos indicadores de que el *engagement* se relaciona positivamente a la salud, es decir, bajos niveles de depresión y estrés (Schaufeli, Taris, Van Rhenen, 2008) y quejas psicósomáticas (Demerouti et al., 2001).

El *engagement* en el trabajo se relaciona positivamente a la performance en el trabajo. Por ejemplo, un estudio entre cien hoteles españoles y restaurantes mostró que los niveles de *engagement* en el trabajo tenía un impacto positivo en el servicio de sus hoteles y restaurantes, y que predecía el trabajo extra de los funcionarios y la satisfacción del cliente (Salanova, Agut & Pieró, 2003). Hay que resaltar que en este estudio, la performance en el trabajo se mide de forma independiente de los funcionarios, siendo cuestionado en una entrevista con clientes la satisfacción con el servicio recibido (Angst, Benevides-Pereira y Porto-Martins, 2009).

Menezes de Lucena et al., (2006), desarrolló un estudio con cuidadores formales de ancianos la relación entre resiliencia y aspectos mentales negativos y positivos del bienestar psicológicos (*Burnout-Engagement*). La muestra estaba formada por 265 cuidadores de diversas residencias geriátricas de las comunidades de Extremadura y Castilla y León (España), los hallazgos más significativos demuestran que los cuidadores con altas puntuaciones en Resiliencia, frente a los de bajas puntuaciones, obtuvieron mayores niveles

de eficacia y compromiso laboral (*Engagement*), además exteriorizaron menor agotamiento emocional y cinismo. No se puede concluir que los cuidadores más resilientes no llegan a desarrollar Burnout, sino que logran mayores habilidades y competencias de compromiso laboral (vigor, dedicación y absorción), y en la medida que refuerzan estos atributos personales, mitigan la vulnerabilidad al Burnout.

## **Capítulo 2. La Resiliencia**

Resiliencia significa, literalmente, “elasticidad”. También se define como “capacidad de adaptación” o “capacidad de resistencia”. La resiliencia permite a las personas retornar a su posición original como una goma elástica o volver a recuperarse como un tentetieso, con independencia de lo que les ocurra. Hay quien define la resiliencia como un “sistema inmunitario anímico” (Gruhl, 2009, p.15).

Según Snyder y López (2009), la definición más simple de resiliencia es “recuperarse”, es decir, capacidad de recuperarse o de adaptarse positivamente delante de las adversidades o riesgos significativos; los siguientes comentarios sobre la resiliencia de Master y Reed (2002, p.75) dibujan este proceso positivo. Específicamente la resiliencia se refiere a:

[...] una clase de fenómenos que se caracterizan por la adaptación positiva en el contexto de adversidad o riesgo importante. La resiliencia deber ser inferida, porque son necesarios dos ideas importantes para identificar individuos como pertenecientes a esta clase fenómenos. En primer lugar, hay una idea de que los individuos se están saliendo bien, o mejor aún con relación a un conjunto de expectativas de comportamiento. En segundo lugar, hay una idea de que hay circunstancias atenuantes, que representaran una amenaza a los buenos resultados. Por lo tanto, el estudio de esta clase de fenómenos requiere la definición de criterios o métodos para garantizar la buena adaptación y la existencia pasada o presente de condiciones que representen una amenaza a la buena adaptación.

Históricamente, la noción de resiliencia fue utilizada por la Física e Ingeniería. Uno de los precursores que hizo uso de este término fue el científico inglés Thomas Young que, en 1807, buscando la relación entre tensión y comprensión de barras metálicas, usó la palabra resiliencia para dar la noción de flexibilidad, elasticidad y ajuste a las tensiones al describir su concepto de módulo de elasticidad (Carmello, 2008, p. 48).

Ser resiliente no significa estar libre de estrés y presión, de conflictos y contrariedades, sino ser capaz de afrontar con éxito estos problemas cuando surgen. Las personas resilientes no experimentan menos miedos e inseguridades que las demás cuando se ven confrontadas con acontecimientos dramáticos; sólo que no se dejan abrumar por ellos. Disponen de métodos eficaces para recuperar el equilibrio (Gruhl, 2009, p.20).

El psiquiatra británico, considerado uno de los pioneros en el estudio de la resiliencia en el campo de la Psicología, Michael Rutter (1987) la define de la siguiente manera:

Variación individual en respuesta al riesgo y a los mismos estresores que pueden ser experimentados de manera diferente por diferentes personas. La resiliencia no puede ser vista como un atributo fijo del individuo, y si las circunstancias cambian, la resiliencia altera (p. 317).

Para él, la resiliencia sólo podría ser vista como un conjunto de procesos sociales e infrapsíquicos que acontece en un determinado momento, asociado a ciertas combinaciones benéficas de atributos del niño, de su familia, del ambiente social y cultural (Poletto y cols, 2004, p. 242).

De acuerdo con Bonanno (2004), las investigaciones en resiliencia, se han centrado en población infantil y adolescente, pocos estudios han sido hechos acerca de cómo la resiliencia se manifiesta en la edad adulta. Constatamos que algunas investigaciones cualitativas han mostrado relación entre Resiliencia y Burnout (Menezes de Lucena, 2006; Edward, 2005; Howard y Johnson, 2004).

En Brasil, el creciente interés por el concepto de resiliencia como reflejo de la necesidad de inversión en prevención de problemas y promoción de la salud mental denota la importancia de la existencia de instrumentos para evaluación de ese elemento (Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias y Carvalhaes, 2005).

De esta forma los autores explicitarán los procedimientos efectuados para la adaptación transcultural y evaluación psicométrica de la escala de resiliencia desarrollada por Gail M. Wagnild & M. Heather Young (1993), valiéndose de una muestra de escolares de los dos últimos años de la ESO y 1° y 2° años del bachillerato de la red pública de enseñanza del Municipio de São Gonçalo, en Río de Janeiro, Brasil. Por medio del proceso de comparación entre el instrumento original y su versión para el portugués, pretendiendo contribuir para la evaluación de la equivalencia transcultural entre los instrumentos. Los resultados de alpha de Cronbach encontrados en la versión brasileña se asemejan al relatado por Wagnild y Young (1993), que es de (0,91) y Aroian, Schaooker-Morris, Neary, Spitzer y Tran (1997) de (0,87), indicando buena consistencia interna del instrumento.

Las personas resilientes no permiten que el conocimiento que ellas mismas tienen de sus aspectos positivos dependa ante todo de que éstos sean reconocidos por los demás (Gruhl, 2009, p.39).

Las personas no resilientes suelen considerar los errores como prueba de que son unas fracasadas. Atribuyen los fracasos y errores a circunstancias que no son fáciles de cambiar. En consecuencia, o bien se atormentan con dudas y reproches improcedentes, o bien culpan a otros para salvar la imagen perfecta que tienen de sí mismas (Gruhl, 2009, p.39).

El proceso de resiliencia se refiere a la clase de fenómenos caracterizada por buenos resultados a pesar de serias amenazas a la adaptación o al desarrollo (Yunes, 2003). El significado de la resiliencia está relacionado con procesos psicosociales, que favorecen el desarrollo sano del individuo, inclusive cuando este se encuentra frente a adversidades y

problemas. Muchos autores citan el término flexibilidad interna para manejar dificultades y conseguir reordenar su vida (Pinheiro, 2004; Yunes y Szymanski, 2001), trazando su camino a través de salidas no depresivas.

Los factores protectores que promueven conductas resilientes proceden de tres posibles fuentes:

- a) de los atributos personales como inteligencia, autoestima, capacidad para resolver problemas o competencia social;
- b) de los apoyos del sistema familiar;
- c) del apoyo social derivado de la comunidad (Grotberg, 1995).

En 1979, los psicólogos Suzanne Kobasa y Salvatore Maddi (1979a; 1979b) observan que algunas personas sometidas a altos niveles de estrés no desarrollan ningún tipo de trastorno. Descubren una variable de personalidad moderadora del estrés y de sus efectos adversos a la que llaman *hardiness* o personalidad resistente<sup>2</sup>.

Sus estudios (1982; 1984), confirman que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia.

El patrón de "*hardiness*" o personalidad resistente (Maddi, 2002; Maddi y Kobasa, 1984) parece ser un camino a la resiliencia y al crecimiento, a pesar de las circunstancias estresantes (Bonanno, 2004; Carver, 1998).

Para Ferraris (2003), en parte nacemos y en parte logramos ser resilientes. Depende de los rasgos temperamentales y de personalidad, pero también de la influencia que las relaciones (especialmente en la niñez) tienen en el desarrollo de la persona. Las fuentes de resiliencia individuales y ambientales, a partir de la infancia, se potencian y se plasman mutuamente. No debemos olvidar, por otra parte, que la resiliencia del sistema-familia y del grupo de trabajo tiene una influencia notable en la resiliencia de cada individuo.

---

<sup>2</sup> El término "Personalidad Resistente" ha sido empleado anteriormente en publicaciones en español por diversos autores (Peñacoba y Moreno, 1998; Pérez-Sales y Vázquez, 2003), como traducción de la palabra inglesa "Hardiness" (Maddi y Kobasa, 1984).

## 2.1. Los pilares de la resiliencia

Los atributos que aparecen con frecuencia fueron designados como pilares de la resiliencia (Suárez Ojeda, 1997). Cabe destacar (Melillo y Suárez Ojeda, 2005, p. 62-63):

- a) *Introspección*: arte de preguntarse y de darse una respuesta honesta.
- b) *Independencia*: saber fijar unos límites a si mismo y el medio con problemas; capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento;
- c) *Capacidad de relacionarse*: habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de relacionarse con los otros.
- d) *Iniciativa*: tiene gusto por exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
- e) *Humor*: encontrar lo cómico en la tragedia
- f) *Creatividad*: capacidad de crear orden, belleza y finalidad, a partir del caos y del desorden.
- g) *Moral*: consecuencia de alargar el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con los valores; este elemento es importante desde la infancia, pero sobre todo a partir de los 10 años.
- h) *Autoestima consistente (incluyendo nosotros mismos)*: base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por parte de un adulto.

La lista de características sociales que favorecen la resiliencia comunitaria es extensa, pero solo desarrollaremos los cuatro pilares que a la luz de las actuales observaciones, parece ser los más importantes (Melillo y Suárez Ojeda, 2005, p. 50-52):

- a) *Autoestima colectiva*, entendemos esta actitud y sentimiento de orgullo por el lugar en que uno vive. La conciencia de las bellezas naturales o de las creadas por el ser humano, la comunicación con los valores que esta sociedad respeta, el aprovechar de las condiciones del clima, actividades recreativas y culturales.
- b) *Identidad cultural*, reconocemos esta persistencia del ser social en una unidad y “identidad” en las circunstancias diversas. Es un proceso interactivo que se obtiene durante el desarrollo e implica la incorporación de costumbres, valores, expresiones idiomáticas, bailes, canciones, etc., que se transforman en componentes inherentes al grupo.
- c) *Humor social*, capacidad de algunos grupos o colectividades de “encontrar la comedia en la propia tragedia”. Es la capacidad de expresar en palabras, gestos o actitudes corporales los elementos cómicos, incongruentes o hilarantes de una situación, obteniendo un efecto tranquilizador.
- d) *Honestidad colectiva o estatal*, este aspecto remete al manejo decente y transparente de “lo público”, lo que va más allá de la limpieza administrativa de la burocracia. Implica la existencia de una conciencia general, que condena la deshonestidad de los funcionarios y valoriza el honesto ejercicio de la función pública.

Por otro lado, como antítesis de estos pilares, se detectaron condiciones o características que reducen la resiliencia comunitaria o inhiben la capacidad solidaria de reacción en medio a la adversidad colectiva. Entre otros “antipilares”, cabe mencionar (Melillo y Suárez Ojeda, 2005, p. 53-54):

- a) *Malinchismo*, la admiración obsesiva por todo lo que es foráneo, especialmente lo que viene de Europa o de los EE UU. Renuncian así al grupo a que pertenecen, generando una anulación de sus recursos potenciales, ecológicos y culturales, empobreciendo su capacidad de respuesta.
- b) *Fatalismo*, otro factor negativo, entendido como actitud pasiva en medio de la tragedia.
- c) *Autoritarismo*, el centralismo crónico en las decisiones anula el poder de innovación y genera respuestas nuevas frente a situaciones poco previsibles.
- d) *Corrupción*, entendemos que la corrupción de una sociedad surge cuando el interés privado de los funcionarios irrumpe y prevalece en detrimento del interés público. Más grave todavía es que la corrupción impregne en toda la comunidad, sea de forma de tolerancia o una práctica cotidiana en pequeña escala.

## 2.2. Clasificación de los elementos de resiliencia

A partir de los diferentes estudios que se han llevado a cabo con personas resilientes se han aislado algunas variables o factores que parecen compartir las personas con mayor capacidad de resistencia ante hechos traumáticos, presentamos la clasificación tomada de Pérez-Sales y Vázquez (2003):

1. La tendencia a recordar de manera selectiva los elementos positivos en la memoria autobiográfica, con tendencia a descuidar u obviar los negativos (McNally, 2003).
2. Aceptar una cierta dosis de incertidumbre e impredecibilidad en la vida. Asumir que en la vida también influye la suerte.
3. Al comparar lo que les ha ocurrido con lo que han sufrido otras personas a su alrededor, son capaces de ver elementos positivos:
  - a) Hay personas a las que les ha ido peor.
  - b) Hubo momentos en que se falló, pero también hubo otro en que respondió adecuadamente.
  - c) Imaginarse que las cosas podrían ser peores.
  - d) Aceptar que las molestias que tienen son normales y pasarán con el tiempo (Taylor, 1990).

4. Percibirse como supervivientes, como personas que han salido reforzadas de una experiencia traumática y que, por tanto, tienen más armas y recursos para enfrentarse a nuevas situaciones difíciles.

### 2.3. Mecanismos de riesgos y de protección

La resiliencia, se refiere a procesos que operan en la presencia del riesgo para producir características saludables, y no para evitar o eliminar factores de riesgo (Morais y Koller, 2004).

Es necesario comprender conceptos psicológicos asociados a resiliencia, tales como factores de riesgo y de protección.

Los factores o mecanismos de riesgos son considerados eventos adversos en la vida que son vistos como obstáculos individuales o ambientales que aumentarían la predisposición individual que potencializa los efectos de un estresor. Ellos tienen naturaleza psicosocial o sociocultural, los cuales acaban por resultar en perturbaciones psicológicas, respuestas mal adaptadas y consecuentes resultados negativos para el desarrollo del individuo (Pesce, Assis, Santos y Oliveira, 2004; Couto, Koller y Novo, 2006;).

Ellos deben ser vistos como un proceso que se considera no sola la gravedad de un factor negativo de vida, sino también como acúmulo de esos factores, su cronicidad, sus consecuencias, el período, la situación y el contexto de exposición al riesgo. Algunas variables, sin embargo, han sido asociadas al riesgo para el desarrollo, tales como la pobreza, las rupturas familiares, las enfermedades, las pérdidas significativas, la violencia física y psicológica, las actitudes discriminatorias y perjudiciales (Couto, Koller y Novo, 2006).

Por otro lado, los factores o mecanismos de protección se dividen en características potenciales para el desarrollo de la resiliencia, una vez que pueden disminuir los probables efectos negativos o disfuncionales en la presencia del riesgo, además de la posibilidad de modificar, mejorar o alterar la respuesta individual a un peligro ambiental. Los factores de protección no necesariamente eliminan los riesgos, pero arman de valor al individuo para superarlos, actuando como mediadores y protectores de la adversidad (Pesce et al., 2004; Couto et al., 2006; Polleto et al., 2004).

Es importante destacar los factores de protección (usualmente llamados de mediadores – *buffers*) serán aquellos que, en una trayectoria de riesgo, acaban por cambiar el curso de la vida de la persona para un “final feliz” (Yunes y Szymanski, 2001), considerando que están directamente asociados al desarrollo saludable y se relacionan a:

1) factores individuales (tales como temperamento, capacidad de resolver problemas, bienestar psicológico, autoestima, autonomía, inteligencia, autocontrol, autoeficacia y competencia social),

2) los factores familiares (cohesión, estabilidad, respeto mutuo, apoyo y vínculo), y

3) los factores relacionados al apoyo social externo (relaciones con personas significativas en la escuela, en la iglesia o en grupos sociales).

Estos factores no solo deben ser identificados, sino también comprendidas sus asociaciones y la forma como actúan en la reducción de los impactos de la adversidad (Pesce et al., 2004; Couto et al., 2006, Yunes y Skymanski, 2001).

Tradicionalmente, las teorías relacionadas con las consecuencias psicológicas de la experiencia traumática se enmarcan dentro de lo que se conoce como enfoque de riesgo.

Desde este enfoque se tiende a considerar que toda persona sometida a una vivencia traumática necesitará atención psicológica profesional para evitar el desarrollo de síntomas de ansiedad, depresión, insomnio y, fundamentalmente, de un trastorno por estrés postraumático (Poseck, 2008, p. 109).

#### **2.4. Resiliencia en enfermeros**

Los profesionales de enfermería presencian en lo cotidiano de sus actividades la tragedia, el sufrimiento y la angustia humana, debido a este estrés laboral proveniente de la asistencia y asociado a demás factores con el intuito de superar las adversidades, la resiliencia es esencial para el trabajo diario de los enfermeros (Tusaie y Dyer, 2004).

Para lidiar con la adversidad laboral asociado con la dificultad interpersonal, problemas de recursos vienen siendo ampliamente reconocido en la literatura de enfermería (Parse, 1998). Por tanto, Giordano (1997), ha sugerido que la construcción de la resiliencia personal en los enfermeros, especialmente los gestores, es importante para saber lidiar con el estrés personal asociado al trabajo.

## **Capítulo 3. Profesionales de enfermería**

De acuerdo con Germano (1985) citado en Farias (2007, p 98), la Enfermería moderna nació, inequívocamente, ligada a la guerra. Ana Néri (1814-1880) es el símbolo de la enfermería brasileña y que se proyectó durante la sangrienta Guerra del Paraguay: aconteció en el período de 1864 a 1870; de ella participaron Brasil, Argentina y Uruguay, formando la Triple Alianza, contra el Paraguay; Florence Nightingale (1820-1910), considerada la precursora de la enfermería moderna, también tuvo proyección durante una guerra imperialista: la Guerra de la Crimea, en que Inglaterra y Francia defendieron la integridad del Imperio Otomano contra la invasión Rusa.

En Brasil, Ana Néri, considerada por el Gobierno Brasileño de su época la Madre de los brasileños y, hasta los días de hoy, símbolo de la Enfermería nacional, tenía como mayores virtudes abnegación, obediencia y dedicación, siendo que el Estado Nuevo institucionalizó su heroísmo, patriotismo y resignación. Así, la imagen que permaneció en el país es la de que la enfermería debería ser disciplinaria y de obediencia, alguien que no ejerciera crítica social, sino que ayudara y consolara las víctimas de la sociedad (Padilha, 1997).

La Escuela Ana Néri, fundada en 1923, fue la primera en Brasil a ministrar la enseñanza sistematizada de Enfermería basado en el modelo Nightingale, a cargo de enfermeras americanas y fue pionera también en la exigencia de escolaridad mínima para ingreso: curso normal o equivalente (Padilla, 1997).

La formación de Enfermería en Brasil, que al principio se centraba en prácticas preventivas y en los problemas básicos de la mayoría de la población, se modificó paulatinamente, acompañando los avances de la enseñanza y de las prácticas médicas de acuerdo con el modelo económico vigente en la época. Al principio de la década de 70, las disciplinas de salud pública no eran más obligatorias en el currículo mínimo de graduación y el dominio de las técnicas avanzadas en salud se hacía necesario, puesto que los equipos médicos precisaban de enfermeras especializadas para actuar en sus centros quirúrgicos desarrollados, para una asistencia mucho más curativa, restringida a una minoría de la población (Padilla, 1997).

En este contexto, nació la Enfermería moderna en el auge del capitalismo. Así, comprendemos que la enfermería, como profesión nace dentro de la sociedad capitalista, que influenciaba, en su práctica, la dicotomía que se expresa entre el pensar y el hacer, es decir, el trabajo intelectual y el trabajo manual (Batista, 2002 citado en Farias, 2007, p. 98).

Con la colonización brasileña, otras personas asumieron la práctica del cuidar, dentro de ellos los jesuitas, seguidos posteriormente por religiosos, voluntarios con poco estudio y esclavos seleccionados para la tarea. Surge así la Enfermería, con fines más curativos que preventivos y ejercida, al contrario de nuestros días, prácticamente por personas exclusivamente por varones. En ese período, en 1543, las primeras Santas Casas de Misericordia fueron fundadas para abrigar a los pobres y huérfanos (Germano, 1985).

Foucault relató (1979) y Germano (1985, p. 22) enfatiza:

Antes del siglo XVIII, el hospital era esencialmente una institución de asistencia a los pobres... El pobre como pobre tiene necesidad de asistencia y, como enfermo, portador de enfermedad y de posible contagio, es peligroso. Por estas razones, el hospital debe estar presente tanto para recogerlo, como para proteger los demás de su inminente peligro. [...] Se aseguraba, por tanto, la salvación del alma del pobre en el momento de la muerte [...]. Tenía función de transición entre la vida y la muerte, de la salvación espiritual más que de la material, aliada a la función de separación de los individuos peligrosos para la salud general de la población.

De esta forma, Germano (1985) delimita que, cuando se estudia la Enfermería en Brasil, dos puntos merecen un especial destaque en el discurso de los intelectuales: el sentimiento de religiosidad y la preocupación con lo social.

La enfermería moderna define como obligación de cada profesional contribuir para el crecimiento y la renovación de los conocimientos de su área. En su desempeño, tiene que observar y criticar la eficiencia de los métodos y técnicas que utiliza. Un cuerpo de conocimientos y procedimientos teóricamente organizados, sistematizados y siempre reformulados se constituye en base segura para la acción eficiente (Souza, 1988). Como estrategia para la aplicabilidad de una asistencia de enfermería a partir del conocimiento científico y no solamente originada de la prescripción médica, tenemos la sistematización de la asistencia de enfermería como punto esencial en la científicidad de nuestra práctica y en la evolución de la profesión (Andrade, 2006, p. 96).

Es importante considerar que la enfermería brasileña se rige actualmente por vasta legislación y entre ellas destacamos, la Ley del Ejercicio Profesional y el Código de Ética de los Profesionales de Enfermería, que son aplicadas por el Consejo Federal de Enfermería (COFEN) y los Consejos Regionales de Enfermería (CORENs).

La aplicación de una asistencia de enfermería sistematizada es la única posibilidad del enfermero alcanzar su autonomía profesional y constituye la esencia de su práctica profesional. Desde 1986, la planificación de la asistencia es una imposición legal con la ley

del Ejercicio Profesional en el 7.498, art.11: “El enfermero ejerce todas las actividades de enfermería, cabiéndole privativamente: c) planificación, organización, coordinación, ejecución y evaluación de los servicios de la asistencia de enfermería” (COFEN, 2000); Reforzando la importancia y necesidad de planear la asistencia de enfermería, la Resolución COFEN n° 272/2002, art. 2° afirma que: “La implementación de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería – SAE – debe ocurrir en toda institución de la salud, pública y privada”.

Partiendo de las premisas del Código de Ética de la Enfermería Brasileña (Resolución COFEN N° 311/2007), la Enfermería comprende un componente propio de conocimientos científicos y técnicos, construido y reproducido por un conjunto de prácticas sociales, éticas y políticas que se procesa por la enseñanza, investigación y asistencia. Se realiza en la prestación de servicios a la persona, familia y colectividad, en su contexto y circunstancias de vida.

El profesional respeta la vida, la dignidad y los derechos humanos, en todas sus dimensiones, ejerciendo sus actividades con competencia para la promoción del ser humano en su totalidad, para la promoción de la salud del ser humano, de acuerdo con los principios de la ética y de la bioética (Resolución 311/2007).

En 1945, finalizaron la Segunda Guerra Mundial y el régimen dictatorial de Getúlio Vargas. Desde entonces, muchos acontecimientos marcaron el país, el campo de la salud y la propia profesión de la enfermería. Como ejemplos podemos citar el proceso de redemocratización que se siguió a la dictadura de Vargas; la “inminencia” de implantar el socialismo en el período pre-golpe de 1964; los veinte años de dictadura militar; la consolidación de un modelo asistencial curativo, biólogo y médico céntrico en el campo de la salud; el Movimiento de la Reforma Sanitaria en los años 70 y 80 y la creación del Sistema Único de Salud (SUS), en 1988 (Rizzotto, 2006, p.426).

A partir de la década de 1990, se puso en marcha el desafío de implementar este sistema en medio a sucesivas crisis económicas y programas de ajustes estructural y fiscal, los cuales limitaron e impidieron el avance de las políticas sociales y de los derechos consagrados en la Constitución Federal de 1988 ( Rizzotto, 2006).

La Constitución Federal definió que “la salud es derecho de todos y deber del Estado” y la Ley Federal n° 8.080/1990, que reglamentó el SUS, prevé en su Artículo 7°, como principios del sistema, entre otros:

- I – universalidad de acceso a los servicios de salud en todos los niveles de asistencia;
- II – integralidad de asistencia, entendida como conjunto articulado y continuo de las acciones y de los servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos, exigidos para cada caso, en todos los niveles de complejidad del sistema [...].

En estos términos, se explicita que Brasil optó por un sistema público y universal de salud, que debe garantizar atención integral para todos los ciudadanos, no cabiendo, bajo ninguna hipótesis, la limitación de su atención a un “paquete” mínimo y básico de servicios de salud, destinado a la parcela más pobre de la población (Brasil, 2007, p. 14).

El Decreto del Ministerio de la Salud n° 648/2006, que aprobó la Política Nacional de Atención Básica, estableciendo la revisión de directrices y normas para la organización de la atención básica para el Programa Salud de la Familia (PSF) y el Programa Agentes Comunitarios de Salud (PACS), define así la atención básica en salud, en su anexo.

La atención básica se caracteriza por un conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que abarcan la promoción y la protección de la salud, la prevención de agravios, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud.

Se desarrolla por medio del ejercicio de prácticas gerenciales y sanitarias, democráticas y participativas, bajo forma de trabajo en equipo, y dirigidas a poblaciones de territorios bien delimitados, por las cuales asume la responsabilidad sanitaria, considerando el dinamismo existente en el territorio en que viven esas poblaciones. Utiliza tecnologías de elevada complejidad y baja densidad, que deben resolver los problemas de salud de mayor frecuencia y relevancia en su territorio.

Es el contacto preferencial de los usuarios con los sistemas de salud. Se orienta por los principios de la universalidad, de la accesibilidad y de la coordinación del cuidado, del vínculo y de la continuidad, de la integralidad, de la responsabilidad, de la humanización, de la equidad y de la participación social.(...).

La atención básica tiene la Salud de la Familia como estrategia prioritaria para su organización de acuerdo con los preceptos del Sistema Único de Salud.

El documento Política Nacional de Atención Básica (PNAB) orientado en base a los valores de la ética, del profesionalismo y de la participación, expresa el acierto en la definición por el Ministerio de la Salud de revitalizar la Atención Básica de la Salud en Brasil, estableciendo la revisión de directrices y normas para la organización de la Atención Básica para el Programa Salud de la Familia (PSF) y el Programa Agentes Comunitarios de Salud (PACS), a través del Decreto n° 648/GM de 28 de marzo de 2006 (Brasil, 2006, p.7).

El referido decreto caracteriza Atención Básica por un conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que abarcan la promoción y la protección de la salud, la prevención de agravios, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud. Es desarrollada por medio del ejercicio de prácticas gerenciales y sanitarias democráticas y participativas, bajo forma de trabajo en equipo, dirigidas a poblaciones de territorios bien delimitados, por los cuales asume la responsabilidad sanitaria, considerando el dinamismo existente en el territorio en que viven esas poblaciones (Brasil, 2006, p. 10).

Visando la operatividad de la Atención Básica, se definen como áreas estratégicas para actuación en todo el territorio nacional la eliminación de la lepra, el control de la tuberculosis, el control de la hipertensión arterial, el control de diabetes mellitus, la eliminación de la desnutrición infantil, la salud del niño, la salud de la mujer, la salud del anciano, la salud bucal y la promoción de la salud. Otras áreas serán definidas regionalmente de acuerdo con prioridades y pactos definidas en las Comisiones Intercesoras Bipartitas (CIBs), (p. 11).

Por otro lado, la Secretaria de Atención a la Salud (SAS) del Ministerio de la Salud (MS) define media y alta complejidad en salud, en su página de internet (<http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/default.cfm>), conforme se sigue, (Brasil, 2007, p. 17).

La media complejidad ambulatoria está compuesta por acciones y servicios que visan atender a los principales problemas y agravios de salud de la población, cuya complejidad de la asistencia en la práctica clínica demande la disponibilidad de profesionales especializados y la utilización de recursos tecnológicos, para el apoyo diagnóstico y tratamiento.

Los procedimientos de la alta complejidad se encuentran relacionados en la tabla de SUS, en su mayoría en el Sistema de Información Hospitalario, y se encuentran además en el Sistema de Informaciones Ambulatorias en pequeña cantidades, pero con impacto financiero extremadamente alto, como es el caso de los procedimientos de diálisis, quimioterapia, radioterapia y hemoterapia encontramos en el (Ministerio de la Salud, SUS de A a Z, 2005) citado en (Brasil, 2007, p. 18-19).

Los servicios de emergencia son una válvula de escape de los servicios de salud, perjudicando el atendimento de los casos considerados adecuados, una vez que el exceso de demanda produce un acúmulo de tareas y consecuente sobrecarga para todo el equipo de profesionales, contribuyendo también para el aumento de los costos hospitalarios (Furtado, Araújo y Cavalcanti, 2004).

Los enfermeros de las unidades de emergencia, por poseer más dominio y rapidez en las acciones y modo de cuidar especial, volcados a los pacientes portadores de patologías típicos de urgencias y emergencias, a partir de protocolos creados y aprobados por esos servicios, deben actuar conforme un proceso gerenciado de cuidado, acompañando los pacientes en todo su proceso clínico, hasta la definición y conclusión de su tratamiento (Valentim y Santos, 2009, p. 286).

El enfermero de emergencia necesita estar apto para obtener una historia del paciente, examen físico, ejecutando tratamiento inmediato, preocupándose con el mantenimiento de la vida y orientación de los pacientes para la continuidad del tratamiento. Deben aliar su fundamentación teórica a la capacidad de liderazgo, iniciativa y habilidades asistencial y de enseñanza. Precisa tener raciocinio rápido y capacidad de liderazgo, pues es el responsable por la coordinación de un equipo de enfermería y es parte vital e integrante del equipo de emergencia (Wehbe y Galvão, 2001).

Para asegurar la autonomía de los enfermeros en las unidades de emergencia, son observadas determinaciones del Consejo Federal de Enfermería (COFEN), que, a través de su Resolución nº 195/97 (COFEN, 1997), ya permitía al enfermero la solicitud de pruebas con el objetivo de asegurar la correcta prescripción de medicamentos. En 2002, el COFEN, por la Resolución nº. 271 (COFEN, 2002), dio autonomía al enfermero para la elección de medicamentos y la respectiva posología.

El papel de la enfermera en el ambiente hospitalario ha sido apuntado como estresante y fatigante (Araújo, Aquino, Menezes y Aguiar, 2003), ya que las necesidades de decisiones rápidas y acertadas son frecuentes y su control es aún mayor en la ausencia del médico. Estas responsabilidades asumidas, a pesar de la autonomía proporcionada, conforman una situación con varios puntos de tensión, conflictos y atritos, revelando, en este escenario, aspectos referentes a las relaciones de poder que se presentan en los procesos de trabajo. Tales experiencias son, con frecuencia, negativas y pueden tener consecuencias graves, y por veces irreparables, para la salud y el bienestar físico, psicológico y social del profesional (Martins, 2005).

El trabajo de enfermería es ejercido mayoritariamente por mujeres e, históricamente, las actividades de cuidar, asistir, alimentar, proveer elementos indispensables al buen desarrollo del enfermo siempre estuvieron delegadas a las mujeres (Araújo et al., 2003; Barboza y Soller, 2003; Pitta, 1990).

La creciente demanda por servicios en este área, en los últimos años, es debida al crecimiento del número de accidentes y de la violencia urbana y a la insuficiente estructuración de la red, que son factores determinantes de la sobrecarga de servicios de urgencia y emergencia disponibles para el atendimento de la población (Valentim y Santos, 2009, p. 288).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, por intermedio de la Secretaría de Atención a la Salud y el Departamento de Atención Básica, argumentan sobre las atribuciones generales y de las responsabilidades de todos los profesionales, definiendo las especificaciones laborales mínimas específicas de cada categoría profesional, con destaque a los enfermeros, y cabe al gestor ampliarlas, de acuerdo con las especificidades locales (Rodrigues, 2011, p.130):

**Tabla 3. Atribuciones de los Profesionales de Enfermería del Programa de Salud de la Familia**

- Realizar asistencia integral a la persona y familias en la Unidad de Salud de la Familia (USF) y, cuando indicado o necesario, en el domicilio y/o en los demás espacios comunitarios.
- Realizar consultas de enfermería, solicitar pruebas complementarias y prescribir medicamentos, observadas las disposiciones legales de la profesión de acuerdo a protocolos u otras normativas técnicas;
- Planear, gerenciar, coordinar y evaluar las acciones desarrolladas por los Agentes Comunitarios de Salud (ACS);
- Supervisionar, coordinar y realizar actividades de educación permanente de los ACS y del equipo de enfermería;
- Contribuir y participar de las actividades de Educación Permanente del Auxiliar de Enfermería, Auxiliar de Consultorio Dentario (ACD) y Técnico en Higiene Dental (THD);
- Participar del gerenciamiento de las actividades necesarias para el adecuado funcionamiento de la Unidad de Salud de la Familia (USF).

**Nota:** Fuente: (Rodrigues, 2011, p.130).

De acuerdo con Lobo, Lima y Acioli (2011, p.105-106), la disposición legal del Ministerio de Sanidad n° 339/2006, divulga el Pacto por la Saúde – 2006, describiendo los principios generales de la financiación: responsabilidad de las tres esferas de la gestión

(Estado, Comunidades Autónomas y Ciudades); reducción de las iniquidades macro regionales, estatales y regionales, a ser contemplada en la metodología de asignación de recursos, considerando además as dimensiones étnico racial y social; financiación de costeo con recursos federales organizados y transferidos en bloques de recursos, Atención Básica, Atención de media y alta complejidad, Vigilancia en Salud, Asistencia Farmacéutica y Gestión del SUS:

- **Atención Básica:** su financiación es de responsabilidad de las tres esferas del gobierno. Los recursos federales deberán ser asignados en dos componentes el Piso de la Atención Básica (PAB) Fijo y Variable, que serán transferidos por partes, siendo los valores del PAB Fijo transferidos mensualmente y los valores asignados de PAB Variable que se destinan al costeo de estrategias específicas transferidos según su implantación (Estrategia Salud de la Familia; Agentes Comunitarios de Salud; Salud Bucal; Compensación de especificaciones regionales; Factor de Incentivo de la Atención Básica a la Población Indígena e Incentivo a Salud del Sector Penitenciario.
- **Atención de media y alta complejidad:** los recursos para su financiación componen el Límite Financiero de la Media y Alta Complejidad Ambulatorial y Hospitalario del Distrito Federal, de los Estados y Ciudades. Estos recursos pasan a incorporar el Fondo de Acciones Estrategias y Compensación (FAEC) destinado al costeo de procedimientos como: procedimientos regulados por la Central Nacional de Regulación de Alta Complejidad (CNRAC), trasplantes; Acciones Estrategias Emergenciales, de carácter temporario, implementadas con plazos predefinidos y procedimientos nuevos por seis meses, que serán a análisis.

Las autoras recuerdan que existe la previsión de asignación de recursos federales, mediante aprobación de los Consejos de Salud, para costeo de inversiones en infraestructura, de estímulo a la regionalización y para la red básica de servicios.

### **3.1. Consecuencias del SB, resiliencia y trastorno mentales comunes (SRQ-20) en Enfermería.**

Las consecuencias del síndrome de quemarse por el trabajo pueden dividirse en dos niveles: consecuencias para el individuo y consecuencias para la organización (Gil-Monte y Peiró, 1997, pp. 81-95).

- 1) Dentro de las consecuencias para el individuo podemos establecer 4 grandes categorías:
  - a) Índices emocionales: uso de mecanismos de distanciamiento emocional, sentimientos de soledad, sentimientos de alienación, ansiedad, sentimientos de impotencia, sentimientos de omnipotencia;
  - b) Índices actitudinales: desarrollo de actitudes, como: cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia;

c) Índices conductuales: agresividad, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia, irritabilidad;

d) Índices somáticos: alteraciones cardiovasculares (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión, etc.), problemas respiratorios (crisis asmáticas, taquipnea, catarros frecuentes, etc.), problemas inmunológicos (mayor frecuencia de infecciones, aparición de alergias, alteraciones de la piel, etc.), problemas sexuales, problemas musculares (dolor de espalda, dolor cervical, fatiga, rigidez muscular, etc.), problemas digestivos (úlceras gastroduodenal, gastritis, náuseas, diarrea, etc.), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión, etc.).

2) Con respecto a las consecuencias que tiene para la organización que sus individuos se vean afectados de forma significativa por el síndrome de quemarse se pueden citar los siguientes índices:

a) deterioro de la calidad asistencial;

b) baja satisfacción laboral;

c) absentismo laboral elevado;

d) tendencia al abandono del puesto y/o de la organización;

e) disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales;

f) aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores;

g) y lo más importante, una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales (Gil-Monte, 2003, p. 30).

Luís Sá (2006), en un estudio realizado con 257 enfermeros de oncología, verificó que estos profesionales se encontraban más desgastados emocionalmente cuando comparados con enfermeros de otras áreas. Uno de los principales factores encontrados en el origen de SB, fue la falta de control sobre el trabajo. Para el autor, los enfermeros, por las características de su trabajo, tienen predisposición a desarrollar SB. Estos profesionales trabajan directa e intensamente con personas y con el sufrimiento, incluido la muerte.

Las primeras manifestaciones de SB fueron observadas en miembros de profesiones cuyo carácter asistencial (enfermeros, profesores, policías, terapeutas) implica relacionamientos frecuentes y directo con personas que precisan de algún tipo de cuidado y/o ayuda (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001; Maslack y Leiter, 1997; Maslach y Jackson, 1986; Maslach, 1978, 1993).

Dentro de estos profesionales se encuentran los de enfermería, quienes constituyen el grupo más numeroso en el marco hospitalario (Chacón, Grau, Hernández, Hernández y Román, 2005; Román, 2003; Arita y Arauz, 1999).

Tamayo y Tróccoli (2009), en reciente artículo describen el desarrollo de la Escala de Caracterización del Burnout (ECB). En el estudio, 375 trabajadores de enfermería y de la enseñanza respondieron a la primera versión de la ECB con 77 ítems. Análisis factoriales

revelaron los factores Cansancio Emocional (Alfa = 0,94); Deshumanización (Alfa = 0,88), Realización Personal (Alfa = 0,76) y Decepción en el Trabajo (Alfa = 0,80).

En reciente estudio epidemiológico de carácter transversal, cuyos datos fueron colectados, en 2001, entre los profesionales del equipo de enfermería del sector de emergencia de un hospital general del municipio de Feira de Santana, Bahía. El equipo de enfermería del hospital estudiado estaba compuesto por profesionales que ejercían las funciones de enfermero, técnico, auxiliar y ayudante de enfermería, que trabajaban en turnos alternados, diurnos, nocturnos y guardias, siendo distribuidos en los sectores de pequeña cirugía, enfermería femenina, enfermería masculina y enfermería pediátrica (Pinhol y Araújo, 2007).

Las autoras, presentan que la prevalencia del Trastorno Mental Común (TMC) entre los profesionales de enfermería investigados fue mayor en el grupo de alta exigencia – 33%. Los resultados confirmaron la asociación positiva entre trabajo de alta exigencia y trastornos mentales comunes, donde el trabajo en condiciones de bajo control y alta demanda es un factor perjudicial a la salud de los trabajadores.

Este escenario da visibilidad a los problemas relacionados a la salud mental de estos profesionales donde podemos destacar los TMC, enfermedad psíquica caracterizada por síntomas como ansiedad, depresión, irritabilidad, dificultad de concentración, olvido y fatiga, lo que indica actualmente un grave problema de salud pública (Goldberg y Huxley, 1992).

Los trastornos mentales se presentan cuando las exigencias del medio y del trabajo ultrapasan la capacidad de adaptación del sujeto, se hacen más visibles los sentimientos de indignidad e inutilidad, alimentando la sensación de enfermedad intelectual, falta de imaginación y, consecuentemente, afectando el comportamiento productivo (Dejours, 1987).

De acuerdo con Navarro (2010), EL SB trae consecuencias no sólo desde el punto de vista personal, sino también institucional con la aparición del ausentismo en el trabajo, disminución del nivel de satisfacción tanto del profesional como de pacientes y alumnos, riesgo de conductas adictivas, alta movilidad laboral y repercusiones en otras esferas como la familiar.

Por tanto, el Síndrome de Burnout es un desgaste, tanto físico como mental, en que el individuo puede terminar exhausto en función de un excesivo esfuerzo para hacer frente a las constantes sollicitaciones de energía, fuerza o recursos, afectando directamente la calidad de vida y, consecuentemente, de trabajo (Silva, 2000).

### 3.2. El trabajo y la satisfacción personal para los profesionales de enfermería

La vida laboral pasa por cambios radicales en las naciones más ricas. Por sorprendente que parezca, el dinero pierde protagonismo, una vez que, conseguido un bienestar mínimo, tener aún más dinero añade poco o nada al bienestar subjetivo (Seligman, 2003).

El autor afirma que, estamos pasando rápidamente de una economía monetaria a una economía centrada en la satisfacción con la vida. Estas tendencias experimentan altibajos (cuando el trabajo escasea, la satisfacción personal tiene un peso ligeramente menor; cuando abunda, la satisfacción personal es más valorada), pero la tendencia durante las dos últimas décadas se inclina decididamente por la satisfacción personal.

La satisfacción laboral hay que ponerla en práctica en el trabajo, las fortalezas preferiblemente todos los días. Es una realidad aplicable por igual a secretarías, abogados, enfermeras y directores ejecutivos. Reorientar el trabajo para poner en práctica cada día las fortalezas y virtudes no sólo lo hace más agradable, sino también transforma en *vocación* una actividad rutinaria o una carrera sin posibilidad de desarrollo. La vocación genera un empleo más gratificante porque el trabajo se realiza por sí mismo en lugar de hacerlo por los beneficios materiales que conlleva (Seligman, 2003).

El sistema hospitalario orientado hacia los beneficios, desarrollado recientemente en Estados Unidos, presiona a los enfermeros para que su trabajo sea rutinario y mecánico. Se trata del anatema de la tradición de la enfermería. Algunos enfermeros han reaccionado creando un enfoque de cuidados en el paciente. Estos profesionales prestan mucha atención al mundo del enfermo y cuentan al resto del equipo estos detalles aparentemente nimios. Preguntan a los familiares de los enfermos sobre la vida de éstos, se implican en el proceso de recuperación y lo utilizan para subir la moral de aquellos (Benner, Tanner y Chesla, 1996).

Para Seligman (2003), el profesional de enfermería, cuyo trabajo es cuidar de la salud de los pacientes y hacerles objetos de belleza aquellos momentos desagradables de la vida. Quizá tuviera un trabajo modesto, pero lo convirtió en una vocación de elevados propósitos.

Según Sandin (2005), los enfermeros se ven obligados a afrontar la amenaza del sufrimiento y de la muerte como pocas personas deben hacerlo. Su trabajo exige la realización de tareas que, según la forma de pensar general, son desagradables y nada gratas. El estrecho contacto físico con los pacientes provoca la aparición de fuertes impulsos libidinosos y/o agresivos (y de defensa a estos impulsos), a veces muy difíciles de controlar.

El autor llama la atención debido a que la situación laboral provoca sentimientos muy fuertes y a menudo contradictorios: piedad y compasión, sentido de culpa y ansiedad, amor y resentimiento.

## **Parte 2. Parte Empírica**

## **Capítulo 4. Planteamiento del problema**

El Burnout (SB) o Síndrome de Estar Quemado por el Trabajo (SQT), constituye uno de los daños laborales de carácter psicosocial más importantes en la sociedad actual. El elevado ritmo de vida, la transformación de los mercados, la estructura del sector económico (caracterizado por un incremento del trabajo emocional y mental), las exigencias de mayor calidad del trabajo, junto con la ruptura del contrato psicológico y los costes que el Burnout supone para las personas y las organizaciones, ha despertado el interés en conocer y tomar medidas para prevenir el Burnout (Salanova y Llorens, 2008).

La caracterización del Burnout emocional puede ser presentada de la siguiente manera: agotamiento emocional caracterizado por síntomas como cansancio, irritabilidad, síntomas depresivos y de ansiedad, uso abusivo de alcohol y tabaco y la aparición de enfermedades psicosomáticas; despersonalización caracterizada por comportamientos negativos e insensibles; disminución de productividad profesional, lo que conduce a una evaluación negativa de si mismo como persona y profesional, y llevando a la depresión y tristeza con poca voluntad para realizar actividades, persistencia de pensamientos y sentimientos negativos que comprometen la vida social (Campoy, 2012).

En el entorno sanitario, principalmente en los hospitales, donde los trabajadores de los servicios y principalmente el profesional de enfermería y otros profesionales que desarrollan prácticas de enseñanza, investigación y asistencia pueden desarrollar más fácilmente este síndrome.

Los enfermeros en el desarrollo de su actividad laboral, están sometidos a situaciones que producen un desgaste físico y mental que contribuye a la instalación del referido síndrome y otras enfermedades que interfieren en la calidad de la atención a los pacientes y que incluso podría generar una incapacidad permanente para trabajar.

La prioridad en los últimos años de la salud pública contemporánea es la preservación de la calidad de vida laboral en los servicios, fundamentalmente en el ámbito de los hospitales, instituciones en las que coexisten trabajadores y profesionales de diferentes perfiles y usuarios con diversas dolencias y sufrimientos (Roger, Abalo, Abreu y Abalo, 2007).

Todos ellos están expuestos a distintos estresores, que aumentan la vulnerabilidad de estos profesionales y deterioran la calidad de los servicios que ejecutan, lo que ha llevado a la ampliación de trabajos sobre el estrés laboral y el SB en profesionales de la salud (Aranda, Pando y Pérez, 2004; Cappila, 2000; Grau y Chacón, 1999; Hernández, 2002; Pérez, 2001; Moreno-Jiménez y Peñacoba, 1999; Pando, Bermúdez y Aranda, 2000; Vachon, 1995).

Por medio de una investigación llevada a cabo con profesionales de una clínica oncológica pediátrica, compuesta por dos médicos, un secretario, un psicólogo, un farmacéutico, un enfermero y tres auxiliares de enfermería, se observó como fuente de estrés, la dificultad de organización del trabajo, así como las características de la enfermedad, su tratamiento y el pronóstico de los pacientes (Ramalho, Nogueira-Martins, 2007).

La enfermería es la cuarta profesión más estresante del servicio público. El exceso de actividades, las dificultades en delimitar los diferentes papeles entre los enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería, falta de reconocimiento, alta carga emocional, además de los bajos sueldos que empeoran la situación llevando a estos profesionales a tener un vínculo excesivo de trabajo y resultando una carga mensual agotadora. Esta diversidad de situaciones sugiere un cuadro favorable al desarrollo del Síndrome de Burnout (Murofese, Abranches y Napoleão, 2005)

Estas situaciones incluyen una jornada de trabajo exhaustiva, siendo completada por una segunda actividad extra, en el caso de las mujeres, los cuidados del hogar, ya que es una profesión eminentemente femenina, poseer exceso de vínculo con su trabajo, sobrecarga de actividades, actuación en modalidades diferentes de asistencia de básica, media y alta complejidad, dificultad para jubilación y supervisión de estudiantes en formación de las distintas áreas de las ciencias de la salud (Farias, 2007).

Las condiciones insatisfactorias relacionadas a factores como extensas jornadas de trabajo, ausencia de períodos de descanso, guardias los fines de semana, períodos de trabajo fatigantes, además de la ausencia de participación en los procesos de toma de decisiones, interfieren directa o indirectamente en la salud del trabajador y muchas veces el trabajo deja de agradable y empieza a ser fuente de sufrimiento, explotación, enfermedad y deterioro de la salud que puede llevar, en algunos casos, a la muerte (Barboza y Soller, 2003; Raffone y Hennington, 2005).

Estos fenómenos son provenientes de las exigencias de una sociedad capitalista (explotando los trabajadores), como el mercado occidental y, sobre todo, la brasileña, que se exige de los trabajadores para satisfacer sus necesidades y asegurar que el producto final tenga calidad, y en caso de los sanitarios es la asistencia. Esta demanda de comercialización, entre otros factores, ha llevado a los trabajadores en todos los ámbitos del conocimiento científico-técnica y de fabricación, poseer una capacidad de adaptación a los medios de producción y las demandas de los usuarios que produce una situación de estrés y a desarrollar “estado de Burnout”.

Los profesionales de la salud, en especial los de enfermería, pueden sufrir un estrés emocional relacionado con el trabajo, ya que el hecho de turnar les produce una sobrecarga de trabajo. La problemática en el trabajo se acentúa en los profesionales de la salud que trabajan en los hospitales por ser un ambiente, por su condición, insalubre (Campoy, 2012).

De acuerdo con el autor, las características y las formas de organización y división del trabajo, obligan al trabajador a permanecer en este ambiente durante toda la jornada laboral y gran parte de una carrera profesional. Estos procesos se originan en la exposición a cargas impuestas por la forma como este trabajo, específicamente, se encuentra relacionado a la producción y al sector terciario de la economía capitalista brasileña.

Estudios epidemiológicos muestran que millones de trabajadores sufren de algún tipo de enfermedad mental en el mundo y que este número viene aumentando progresivamente, principalmente en los países en vías de desarrollo (Medeiros, Ribeiro, Fernandes y Veras, 2006; Pascoal, 2008). Casos de trabajadores con síntomas ansioso-depresivos o somatoformes presentan una elevada prevalencia en la población adulta. Mientras que, solo una pequeña parte de ellos es identificada y tratada, aumentando el sufrimiento individual y las implicaciones socioeconómicas, como días perdidos de trabajo y elevación de la demanda en los servicios de salud por parte del trabajador (Glina, Rocha, Batista y Mendonça, 2001).

De acuerdo con el Ministerio de la Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, alrededor de 60.000 han muerto por algún mecanismo relacionado con el trabajo y 300.000 a mutilaciones incapacitantes. El progreso generado por los 60 años de industrialización provocó los problemas básicos que llevan a la “enfermedades de la miseria” y además de la elevación de las enfermedades crónico-degenerativas, cardiovasculares, profesionales, mentales y de cáncer (Ministerio de la Salud, 2001).

Junto al Burnout nace también la idea de “*engagement*” como un elemento motivacional positivo relacionado con el trabajo y constituido también por três dimensiones: Vigor (VI), altos niveles de energía y resistencia en el trabajo; Dedicación (DE), alta implicación laboral, y Absorción (AB), máxima concentración en las tareas laborales (Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002).

La resiliencia, que se refiere a la capacidad que uno tiene de recuperación después de sufrir una situación compleja, estresante, adaptándose de manera positiva y creativa a las adversidades, superándolas y, en general, sintiéndose regenerada, fortalecida y transformada. Situaciones que pueden dividirse por fases que empezaría por el cansancio emocional, elemento clave del SB, que en su desarrollo y agravamiento generaría la deshumanización

como defensa, y finalmente, la reducción de la realización de las actividades propias de su ocupación laboral (Corrobles y Benevides-Pereira, 2009).

Yunes (2003) sugiere que la resiliencia es un proceso que no debe confundirse con la ausencia de vulnerabilidad, dado que no se trata de una resistencia absoluta ante las adversidades, sino de una capacidad elevada de recuperación. Esta capacidad de recuperación atribuida a la resiliencia también se extiende a las propias características biológicas, como los niveles del cortisol, de adrenalina, de calcio y de la hormona tiroidea.

Todo estos asociados a los factores protectores que promueven conductas resilientes proceden de tres posibles fuentes: a) de los atributos personales como inteligencia, autoestima, capacidad para resolver problemas o competencia social; b) de los apoyos del sistema familiar; y c) del apoyo social derivado de la comunidad (Grotberg, 1995).

Así pues, consideramos ser relevante el estudio del Síndrome de Burnout en este colectivo, por entender que detectar el SB entre los enfermeros del estado de Paraíba, llevará a la posibilidad de estudiar, prevenir y enfrentar la problemática y por lo tanto, mejorar la calidad de la prestación de los servicios de los profesionales estudiados.

Este estudio es una investigación sin precedentes en el ámbito sanitario en el estado de Paraíba en este grupo de profesionales. Engloba profesionales de la enfermería en quince ciudades en distintos niveles (básica, media y alta complejidad de atención) y en diferentes especialidades de la enfermería, ubicados en la capital de este estado. Posteriormente, fue desarrollado un análisis teórico y estadístico que corrobora a la evidencia de la existencia del SB entre los enfermeros, la relación entre Burnout y engagement, y el papel de la resiliencia como factor protector frente al Síndrome de Burnout.

El trabajo en general, y en este caso específico en profesionales de asistencia a pacientes en las Ciencias de la Salud, pueden generar estrés en los trabajadores. Las respuestas adaptativas son resultados de las interacciones de las personas, sus fuerzas internas de equilibrio psíquico y el ambiente de trabajo. En definitiva, cuando las respuestas a los estímulos no son saludables, podemos desarrollar el Síndrome de Burnout (Campoy, 2012).

### **Objetivo General**

Investigar la incidencia y consecuencias del Síndrome de Burnout (SB) en el colectivo de enfermeros, en el ámbito público, que realizan atención básica, media y de alta complejidad, en el estado de Paraíba – Brasil; analizando, además, la relación entre SB y

*engagement*, y el papel de la resiliencia como factor protector del SB en este grupo profesional.

### Objetivos Específicos

1 - Determinar la presencia del SB en la muestra de enfermeros investigados y conocer si existe diferencia de la incidencia del SB en función del tipo de actividad que realiza (la atención básica, media y alta complejidad).

2 - Comprobar si la vulnerabilidad al SB en estos trabajadores depende de los niveles de resiliencia manifestada.

3 - Comprobar si la vulnerabilidad al SB en estos trabajadores depende de los factores de *engagement*.

4 - Analizar la relación que existe entre las dimensiones del SB, las consecuencias psicológicas del SB y los niveles de resiliencia, *engagement* y Corazón de Burnout con las variables sociodemográficas de los trabajadores de enfermería.

5 - Analizar las variables psicológicas predictoras o explicativas para el Corazón de Burnout (CB: bajo, alto).

### Hipótesis

I. En el estudio realizado por Jodas y Haddad (2009), posterior al análisis de todos los factores predictores, en el ítem “*las actividades que desempeño exigen más tiempo de lo que puedo hacer en un día de trabajo*”, se identificó un porcentaje de 33,4% susceptibles de desarrollar el SB, entre los enfermeros consultados. Por lo tanto esperamos que:

- *Los enfermeros que ejercen su labor en instituciones de salud de alta complejidad (puesto que desempeñan actividades que exigen más) obtengan puntuaciones significativamente más alta en CE (Cansancio Emocional y DP (Despersonalización) y más bajas en RP (sentimiento de realización personal reducida) que los enfermeros de hospitales de media complejidad (puesto que poseen menor exigencia en el desempeño de su función de enfermero).*

**II.** Los problemas relacionados con la salud mental de los profesionales de enfermería donde podemos destacar los trastornos mentales comunes (TMC), enfermedad psíquica caracterizada por síntomas como ansiedad, depresión, irritabilidad, disturbios somatoformes, neurastenia etc., nos indican actualmente un gran problema de salud pública (Goldberg y Huxley, 1992). Por fin, la muerte, las quejas, los dolores, una constante en el ambiente hospitalario, son capaces de desencadenar intensa angustia en aquellos que trabajan diariamente con estos factores (Pinhol y Araújo, 2007). Por lo tanto esperamos constatar que:

➤ *Los enfermeros con alto SB, medido mediante el Corazón del Burnout (CB), obtengan puntuaciones significativamente más altas en SRQ-20 que los enfermeros que pertenecen al grupo con bajo SB, medido a través del CB.*

**III.** Las personas resilientes se aceptan a sí mismas con sus virtudes y limitaciones. Se perciben a sí misma sin prejuicios y no se avergüenzan de sus sentimientos ni de sus límites. Siempre están dispuestas a abrirse a la realidad, tolerando mejor las situaciones de estrés (Gruhl, 2009, p.38). Por lo tanto esperamos que:

➤ *Los enfermeros que pertenecen al grupo con alto SB, medido mediante el CB, obtengan puntuaciones significativamente más bajas en resiliencia (y sus factores) que los enfermeros del grupo con bajo SB, evaluado a través del CB.*

**IV.** El comprometimiento con el trabajo o *engagement* está íntimamente asociado a la satisfacción con el mismo. La mayoría de los estudios se centran en los recursos organizacionales, reduciendo la relevancia de las características individuales (Jenaro, Flores, Orgaz & Cruz, 2010, p. 865). En un estudio sobre el comprometimiento con el trabajo, con una muestra de 412 profesionales de enfermería presentó los siguientes resultados: cuanto a la morbilidad psiquiátrica, 49% de las enfermeros cumplieron los criterios para los síntomas somáticos, 65,5% los criterios para ansiedad e insomnio, 4,6% cumplieron los criterios para disfunción social y el 10% los criterios para depresión grave. No se observó efectos del tiempo de servicio o categoría profesional. Gerentes de enfermería tuvieron mayores *scores* en varios estresores de trabajo en comparación con otros subgrupos. Con relación al *engagement*, 33% de los enfermeros presentan alta dedicación, 20,4% alto vigor y el 36,7% alta absorción. Predictores de vigor y dedicación son la satisfacción con el puesto, mayor

calidad de vida en trabajo, disfunción social más baja y menor estrés asociado a la asistencia al paciente. Por lo tanto esperamos que:

- *Los enfermeros con Síndrome de Burnout (SB) obtienen puntuaciones significativamente más bajas de Engagement (vigor, dedicación y absorción) que los enfermeros que pertenecen al grupo sin SB.*

## **Capítulo 5. Método y procedimiento**

Se trata de un estudio observacional, de tipo transversal que describe las características de determinada población o fenómeno de las relaciones entre las variables (Gil, 2007). Es transversal, por el hecho de que el análisis desarrollado lleva en consideración un determinado corte temporal en la población estudiada y puede generar hipótesis de causas de enfermedades y agravios.

### 5.1 Sujetos

La muestra del presente estudio está constituida por 320 enfermeros/as que componen el servicio público de enfermería de las ciudades investigadas en el período de febrero/2010 a diciembre/2011, distribuidos según la Tabla 4.

**Tabla 4. Distribución de los enfermeros participantes del estudio en el estado de Paraíba - Brasil.**

Nº.	Ciudades	Enfermeros	%
01	Belém	2	0,6
02	Bonito de Santa Fé	3	0,9
03	Cajazeiras	63	19,7
04	Campina Grande	5	1,6
05	Conceição	10	3,1
06	Conde	9	2,8
07	João Pessoa	177	55,3
08	Monte Horebe	3	0,9
09	Nazarezinho	2	0,6
10	Patos	11	3,4
11	Pedras de Fogo	9	2,8
12	Santa Rita	17	5,3
13	São José de Espinharas	2	0,6
14	São José de Piranhas	2	0,6
15	Sousa	5	1,6
<b>Total</b>		<b>320</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Consulta directa.

La muestra fue seleccionada entre enfermeros/as que trabajan por turnos y de guardia. El ejercicio profesional de estos trabajadores está regidos por la Ley nº 7.498, de 25 de junio de 1986 que, según Ribeiro y Medeiros (2003), disponen sobre la reglamentación del ejercicio profesional de enfermería y sus atribuciones y de acuerdo con Lima (2001), el Decreto 94.406, de 08 de junio de 1987, que reglamenta la Ley del ejercicio profesional de enfermería.

Utilizamos como criterios de exclusión de la muestra personas retiradas por licencia médica, con diagnósticos comprobados de cualquier trastorno mental grave y que se recusaron participar del estudio. Además de aquellas que dejaron de responder por lo menos, dos de los seis cuestionarios aplicados.

## **5.2 Perfil sociodemográfico y laboral de los profesionales de enfermería del Estado de Paraíba**

De acuerdo con la Tabla 5, la población de los profesionales de enfermería que participó de la muestra varió entre 21 y 65 años de edad, con edad media de 35,5 años  $\pm$  10,3 años (DP) y mediana de 31 años. Con una prevalencia del sexo femenino, representando 88,1% del total de entrevistados, caracterizando una profesión predominantemente femenina.

Con relación a los intervalos de edad, los comprendidos entre 20 y 29 años representan el 38,8% de los encuestados, los que pertenecen al intervalo 30 a 39 años corresponde al 26,3% de los profesionales y de edades comprendidas entre 40 y 49 años representan el 17,8% del total de enfermeros entrevistados.

Cuanto al estado civil, un 50,9% de los profesionales han declarado no estar casados, siendo que hay un porcentaje relativo de entrevistados casados, representando el 48,4% y los que no han informado el estado civil constituye el 0,6%. Con relación a la titulación, se verificó un predominio de 70,6% de los profesionales con títulos de post graduación (máster, doctorado, etc.), siendo los que poseen solo la graduación el 29,4%.

Con relación al nivel de atención que prestan en la institución de salud, donde tienen actividad laboral, se observó un mayor índice en la atención de media complejidad, que representó el 41,9%, seguido de la atención básica, que representa el 32,5% y con menor índice la alta complejidad, 25,6%.

La situación temporal de los funcionarios se divide en dos categorías: temporal, representó el 47,8% y permanente, el 46,6%. Con relación a la función que ejerce, el 83,4% desempeña la de enfermero, y un relativo percentual, de 12,2% la de coordinador de las actividades de los enfermeros.

El turno de trabajo se divide predominantemente en varios turnos, el 72,9%, mientras que el 22,5%, de profesionales ejerce actividad laboral en un único turno. Las horas semanales de trabajo de estos profesionales se dividen en menos de 30 horas semanales el 48,7% y más de 30 horas semanales el 46,9%.

Con relación a la Renta Mensual en Reales (moneda de Brasil) en reales por Salario Mínimo, hay una predominancia de 72,2% que reciben más de 5 salarios mínimos, seguido de un pequeño contingente, 27,2%, con rendimientos mensuales de 5 salarios mínimos o más. El salario mínimo corresponde a 788,00 reales, que equivalen a 197,00 euros.

La mayoría de los profesionales de enfermería, el 64,4%, tienen más de 5 años de profesión y 46,5% de los entrevistados tienen menos de 5.

**Tabela 5. Perfil sociodemográfico y laboral de los profesionales de enfermería del Estado de Paraíba (n=320)**

<b>Variable</b>	<b>Categoría</b>	<b>Profesionales de Enfermería</b>	
		<i>N<sup>o</sup>. de enfermeros (n)</i>	<i>Porcentaje (%)</i>
<i>Edad (años)</i>	20 a 29	124	38,8
	30 a 39	84	26,3
	40 a 49	57	17,8
	50 o más	19	12,2
	No informó	16	5,0
	Edad Media = 35,5 años	Edad mediana = 31 años	Mínimo = 21 años
	Desvío patrón = 10,3 años		Máximo = 65 años
<i>Género</i>	Femenino	282	88,1
	Masculino	38	11,9
<i>Estado civil</i>	Casado(a)	155	48,4
	No-casado(a)	163	50,9
	No informó	2	0,6
<i>¿Hijos?</i>	Sí	163	50,9
	No	145	45,3
	No informó	12	3,8
<i>Titulación</i>	Graduado	94	29,4
	Pos-Graduado	226	70,6
<i>Institución de Salud (Complejidad)</i>	Red de atención básica	104	32,5
	Media complejidad	134	41,9
	Alta complejidad	82	25,6
<i>Situación de Trabajo</i>	Temporal	153	47,8
	Permanente	149	46,6
	No informó	18	5,6
<i>Función en la Institución</i>	Enfermero(a)	267	83,4
	Coordinador(a)	39	12,2
	Profesor(a)	8	2,5
	Director(a)	2	0,6
	No informó	4	1,3
<i>Turno de Trabajo</i>	Un turno	72	22,5
	Varios turnos	230	71,9
	No informó	18	5,6
<i>Horas semanales</i>	Menos de 30 hs	156	48,7

<i>de trabalho</i>	30 horas o más	150	46,9
	No informó	14	4,4
<i>Renta Mensual</i> (x sal. mínimos)	Menos de 5 sal. mínimos	231	72,2
	5 sal. mínimos ou +	87	27,2
	No informó	2	0,6
<i>Tiempo de</i> <i>Profesión</i>	Menos de 5 años	206	64,4
	5  ---- 10 años	50	15,6
	10  ---- 15 años	23	7,2
	15 años o +	30	9,4
	No informó	11	3,4
<i>Tiempo en la función.</i>	Menos de 1 ano	39	12,2
	1 a 5 anos	149	46,5
	5 anos ou +	109	34,1
	No informó	23	7,2
<b>Total</b>		<b>320</b>	<b>100,0</b>

**Nota:** Consulta directa.

### 5.3 Instrumentos

Para realizar el presente estudio fueron usados los siguientes instrumentos de colecta de datos:

#### 5.3.1. El cuestionario sociodemográfico y laboral

Optamos, en primer lugar, por aplicar una entrevista estructurada, con el fin de contextualizar la población a la que nos dirigimos y obtener información relevante sobre variables sociodemográficas que podría estar asociado al origen y desarrollo del síndrome.

Los primeros ítems eran identificativos (sexo, edad, estado civil y nivel educacional, etc.). En el segundo bloque, se preguntaba sobre las relaciones profesionales. Por último, el tercer bloque de contenidos se dirigía al ocio.

#### 5.3.2. El Inventario Burnout de Maslach MBI (Maslach y Jackson, 1981, 1986).

El presente inventario fue traducido y adaptado para la lengua portuguesa por Maurício Tamayo (1997), validado en Brasil en 2001, fue aplicado por Jodas y Haddad (2009), en estudio con profesionales de enfermería.

El test del MBI es un instrumento de medida del Síndrome de Burnout. Es también el que mayor literatura ha suscitado, y el más utilizado en todos los ámbitos profesionales. Desarrollado por Maslach y Jackson (1981), en su primera versión se trataba de un cuestionario de 47 ítems, que posteriormente fue reducido a 25 y, en la versión actual, a 22. Evalúa tres dimensiones: Despersonalización (*Despersonalization*), Realización Personal o Logro Personales en el trabajo (*Personal Accomplishment*) y Cansancio Emocional (*Emotional Exhaustion*); en versiones previas también se contemplaba una escala opcional llamada Implicación (*Involvement*). En un principio, se tenían en cuenta las puntuaciones en frecuencia y en intensidad, pero en la versión definitiva de 1986, que es la usada en este estudio, sólo se considera la frecuencia, debido a la alta correlación existente entre las dos apreciaciones (Maslach y Jackson, 1986).

El MBI consta de 22 ítems tipo *Likert* en forma de afirmaciones, referidas a las actitudes, emociones y sentimientos que el profesional muestra hacia el trabajo o hacia sus clientes. Los ítems pueden ser valorados entre 0 y 6, de forma que 0 supone que lo expuesto

no sucede nunca, y 6, que sucede todos los días, dejando el resto de puntuaciones intermedias para las frecuencias de aparición entre estos dos extremos.

Los 22 ítems se agrupan en tres subescalas, que evalúan los tres diferentes elementos que, según las autoras del cuestionario, definen el *Burnout*; tales subescalas son:

-*Subescala de Despersonalización*: definida por los ítems 5, 10, 11, 15 y 22, con puntuaciones entre 0 y 30. Estos ítems describen actitudes negativas e insensibles, frías y distantes hacia los pacientes. A mayor puntuación, mayor nivel de *Burnout*.

-*Subescala de Realización Personal en el trabajo*: definida por los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21, con puntuaciones de 0 a 48. Agrupa los ítems que suponen sentimientos de eficacia, de rendimientos y de competencia en el trabajo. Puntúa a la inversa que las otras dos subescalas, de forma que a mayor puntuación en Realización Profesional, menor *Burnout*.

-*Subescala de Cansancio emocional*: definida por los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20, con puntuaciones de entre 0 y 54. Esta Subescala valora el sentimiento de que nada se puede ofrecer a otras personas, junto con la sensación de falta de recursos emocionales, porque el sujeto está agotado emocionalmente por el trabajo. A mayor puntuación en agotamiento, mayor nivel de *Burnout*.

Teniendo en cuenta las características de estas tres escalas, los sujetos que presentan SB serán aquellos que puntúen alto en Despersonalización (el trabajador tiende a distanciarse de los demás, y a pensar en ellos como objetos), bajo en Realización Personal (para el individuo su trabajo no merece la pena), y alto en Cansancio Emocional (el individuo se siente física y psicológicamente agotado).

Por estas y otras circunstancias anteriormente señaladas en el presente estudio, hemos utilizado como medida de SB, el “Corazón de Burnout” (CB), de acuerdo con Menezes de Lucena et al., (2006). El “Corazón de Burnout” está compuesto por las dimensiones CE y DP, y se correlaciona negativamente con la dimensión RP. El análisis de fiabilidad para esta escala del CB fue de 0,84. Desde un punto de vista estadístico, hemos calculado los percentiles 33 y 66, estableciendo los niveles de Bajo SB y Alto SB.

**Tabla 6. Coeficientes de fidedignidad de Cronbach para el Inventário MBI – SB, en el presente estudio.**

<b>Indicadores</b>	Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )	Número de casos	Número de Ítems	Clasificación de ( $\alpha$ )
<b>Maslach Burnout Inventory (MBI) – Síndrome de Burnout</b>	0,667	320	22	Aceptable
-Cansancio Emocional (CE)	0,87	320	9	Bueno
-Despersonalización (DP)	0,60	320	5	Aceptable
-Realización Personal (RP)	0,79	320	8	Satisfactorio
-Corazón de Burnout (CE+DP)	0,84	320	14	Bueno

**Nota:** Consulta directa.

**5.3.3 – Cuestionario del bien estar y trabajo– Work & Well-being Survey (UWES – Utrecht Work Engagement Scale = Preliminary Manual),** Wilmar B. Schaufeli & Arnold Bakker, versión 1, november 2003; validado en Brasil por Porto-Martins & Ana Maria T. Benevides-Pereira (GEPEB) - 2008.

En Brasil, el Grupo de Estudios e Investigaciones sobre Estrés y Burnout (GEPEB), tienen la preocupación no solo de conocer y estudiar los procesos relativos al estrés y Burnout, sino también el de investigar los aspectos saludables que pueden modular el desencadenamiento y desarrollo de los mismos (Angst, Benevides-Pereira y Porto-Martins, 2009).

Según los autores el Utrecht Work Engagement Scale (UWES), incluye los tres aspectos constituyentes del *engagement* en el trabajo: Vigor, Dedicación y Absorción (p. 6):

El Vigor (VI) se compone de los seis ítems que se refieren a los altos niveles de energía y resiliencia, la voluntad de invertir esfuerzos, no se fatigar con facilidad, y persistir frente a la dificultad (Anexo E). Presentando la consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach),  $\alpha = .83$ , en el presente estudio.

1. En mi trabajo, me siento lleno de energía.
2. En mi trabajo, me siento con fuerza y vigor (vitalidad)
3. Cuando me levanto por la mañana, tengo ganas de ir a trabajar.
4. Puedo continuar trabajando por largos periodos de tiempo.
5. En mi trabajo, soy una persona mentalmente resiliente (versatilidad).
6. En mi trabajo, soy persistente aunque las cosas no estén bien.

Aquellos que presentan altos *scores* en vigor suelen poseer mucha energía cuando trabajan, aquellos que presentan bajos *scores* en vigor poseen menos energía.

La dedicación (DE) está compuesta por cinco ítems que se refieren a un significado de trabajo en el que se sienten entusiasmados y orgullosos en relación a su labor, se sienten inspirados y desafiados por él. Encontrado el  $\alpha$  de Cronbach = .92.

1. Creo que el trabajo que realizo tiene mucho significado.
2. Estoy entusiasmado con mi trabajo.
3. Mi trabajo me inspira.
4. Estoy orgulloso con el trabajo que realizo.
5. Para mí, mi trabajo es desafiador.

Aquellos que presentan altos *scores* en dedicación se identifican fuertemente con su trabajo porque la experiencia es significativa, inspiradora y desafiador. Además, ellos se sienten entusiasmados y orgullosos con su trabajo. Aquellos que presentan bajos *scores* no se identifican con su trabajo porque ellos no lo viven como significativo, inspirador o desafiador

La absorción (AB) se mide por seis ítems que se refieren a estar totalmente sumergido en su trabajo y tienen dificultades en dejarlo, el tiempo pasa rápidamente y se olvida de las demás cuestiones que no sea el trabajo. Fue encontrado un  $\alpha$  de Cronbach = .82.

1. El “tiempo vuela” cuando estoy trabajando.
2. Cuando estoy trabajando, me olvido todo lo que pasa a mi alrededor.
3. Me siento feliz cuando trabajo intensamente,
4. Me siento comprometido con mi trabajo que hago.
5. Me dejo llevar por mi trabajo.
6. Es difícil desconectar de mi trabajo.

Aquellos que presentan altos *scores* en absorción se sienten comprometidos e sumergidos en su trabajo, tienen dificultades en desconectar del trabajo. Consecuentemente, todo lo que pasa a su alrededor es olvidado y el tiempo parece pasar muy rápido. Aquellos que presentan bajos *scores* de absorción no se sienten comprometidos o sumergidos en el trabajo, no presentan dificultades en desconectar de su trabajo, no se olvidan de todo a su alrededor.

**5.3.4. Escala de Resiliencia desarrollada por Wagnild y Young (1993)**, validado en Brasil por Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias y Carvalhaes (2005).

La escala de resiliencia de Wagnild & Young es uno de los pocos instrumentos usados para medir niveles de adaptación psicosocial positiva en fase de eventos de vida importantes. Posee 25 ítems descritos de forma positiva con respuestas tipo *Likert* variando de 1 (desacuerdo total) a 7 (totalmente de acuerdo). Estudios iniciales obtuvieron buenos indicadores de fiabilidad y validez de ese instrumento, conforme citado por Wagnild & Young, en el primer análisis factorial de la escala de resiliencia hecha con datos de una muestra de 810 adultos ancianos. Dos factores de solución fueron encontrados y probaron ser más interpretables con 5,0% de variancia.

Los 17 ítems del factor I, denominado “competencia personal” sugieren autoconfianza, independencia, determinación, invencibilidad, control, desenvolvimiento y perseverancia. Los ocho ítems del factor II, denominado “aceptación de sí mismo y de la vida”, representan adaptabilidad, equilibrio, flexibilidad y perspectiva de vida equilibrada (Pesce et al., 2005).

Los autores, optaron por la conservación de los 25 ítems originales, buscando mantenerlos en sus sentidos originales (Anexo D).

1. Cuando yo hago planes, voy hasta el final para cumplirlos.
2. Yo suelo lidiar con los problemas de una forma razonable.
3. Yo dependo más de mi mismo que de las demás personas.

Al hacerse una interpretación del agrupamiento de los factores de solución que resultaron de la rotación ortogonal Varimax, se eliminó la clasificación original de competencia personal y aceptación de sí y de la vida, optándose por comprender el primero y principal factor, que explicó 20,6% de la variación total, como ítems que indican resolución de acciones y valores (que dan sentido a la vida, por ejemplo, amistad, realización personal, satisfacción y significado de la vida). El segundo factor, que explicó 6,7% de la variación total, agrupó ítems que transmiten ideas de independencia y determinación. En el tercero y último factor, están los ítems indicativos de autoconfianza y capacidad de adaptación a situaciones, explicando 5,5% de la variación total de los factores (Pesce et al., 2005).

Siguiendo el pensamiento de los autores, relatando que los dos factores “competencia personal” y “aceptación de sí mismo y de la vida” originalmente encontrados por Wagnild & Young (1993), fueron distribuidos de la siguiente forma para la versión brasileña: el primer factor agrupó siete ítems de “competencia personal” y siete de “aceptación de sí mismo y de

la vida”; en el segundo factor predominaron los ítems referentes a “aceptación de sí mismo y de la vida”, con apenas dos ítems de “competencia personal”; el tercer factor agrupó apenas ítems de “competencia personal”, los tres factores obtenidos explicaron 39,9% de la variancia (Pesce et al., 2005).

Los autores relatan la equivalencia de mensuración con la consistencia interna mensurada por el Alfa de Cronbach que evidenció buen resultado: 0,85. Utilizándose la muestra total de adolescentes (997), se verificó resultado similar (0,80). Los índices de confiabilidad infraobservador se mostraron también significativos. El valor del coeficiente de correlación interclase de la escala de resiliencia fue de 0,746 ( $p=0,001$ ), con intervalo de confianza entre 0,642% y 0,829%.

En esta investigación fueron utilizados los siguientes factores asociados a la Escala de Resiliencia:

**Factor1:** Resolución de acciones y valores (ítems: 1, 4, 6, 8, 10, 14, 15, 16, 21, 23, 24);

**Factor2:** Independencia y determinación (ítems: 2, 3, 5, 7);

**Factor3:** Autoconfianza y capacidad de adaptación (ítems: 18, 19, 20 e 25).

**Tabla 7. Coeficientes de fidedignidad de Cronbach para la Escala de resiliencia, en el presente estudio.**

<b>Indicadores</b>	Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )	Número de casos	Número de ítems	Classificação de ( $\alpha$ )
<b>Escala de Resiliencia de Wagnild y Young – Niveles de resiliencia</b>	0,886	320	25	Bueno
<b>Fator 1 – Resolución de acciones</b>	0,884	320	11	Bueno
<b>Fator 2 – Independencia</b>	0,713	320	4	Satisfactorio
<b>Fator 3 - Autoconfianza</b>	0,643	320	4	Aceptable

**Nota:** Consulta directa.

### **5.3.5. Cuestionario de factores predictores y síntomas del SB en profesionales de enfermería (Jodas y Haddad, 2009).**

Es un cuestionario estructurado, autoaplicable, que registra los datos sociodemográficos, datos profesionales, informaciones sobre ocio, factores organizacionales predictores de Burnout y algunos síntomas somáticos relacionados con la enfermedad.

Modificado del Maslach Burnout Inventory (MBI), con la finalidad de investigar las señales y síntomas de Burnout en trabajadores de enfermería en un Servicio de Emergencia del Hospital Universitario, correlacionándolos con factores predictores, los profesionales deben puntuar los ítems de 0 a 6, conforme sus sentimientos y síntomas, esto significa, 0 puede ser entendido como *nunca*; 1 expresa *una vez al año o menos*; 2, *una vez al mes o menos*; 3, *algunas veces al mes*; 4, *una vez por semana*; 5, *algunas veces por semana* y 6, *todos los días*:

Ejemplo para los factores predictores:

1. Las actividades que desempeño exigen más tiempo del que puedo hacer en un día de trabajo.
2. Siento que puedo controlar los procedimientos y atendimientos para los cuales soy designado en la institución que trabajo.

Para los síntomas somáticos:

1. Cefalea
2. Irritabilidad fácil.

Presentamos los valores del coeficiente de Alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) para escalas de síntomas somáticos y factores predictores; el valor atribuido para la  $\alpha$  fue mayor que 0,7, siendo 0,910 en los 21 ítems (síntomas somáticos) y aceptable siendo 0,635 para los 6 ítems (factores predictores), respectivamente, demostrando que este instrumento es fiable.

### 5.3.5.1 Análisis factorial exploratorio

A partir de la referencia Hair et al. (2005), se realizó un Análisis Factorial Exploratorio (AFE) por medio del método de los Componentes Principales y con rotación ortogonal Varimax para los instrumentos Factores Predictores ( contiene 6 cuestiones) y Síntomas Somáticos (contiene 21 cuestiones), cuyas variables originales fueron medidas con ítems en una escala de tipo *Likert* de 7 puntos: (0: *Nunca*; 1: *Una vez o menos al año*; 2: *Una vez al mes o menos*; 3: *Algunas veces al mes*; 4: *Una vez por semana*; 5: *Algunas veces por semana* y 6: *Todos los días*).

I – AFE (Factores Predictores) - Inicialmente fue considerada la medida de adecuación de la muestra  $KMO = 0,708$  (buena) y test de esfericidad de Bartlett,  $\chi^2 = 434,69$ ,  $gl = 6$  y significancia p-valor = 0,001 indicando existencia de correlación significativa. El Análisis Factorial Exploratorio conducido, a partir del método de componentes principales, proporcionó una reducción de los datos a partir de la extracción de un factor único (unifactorial),

explicando 61,9% de la variancia total de las variables originales y con menor pérdida de información posible.

II- AFE (Síntomas Somáticos) – Inicialmente fue considerada la medida de la adecuación de la muestra  $KMO = 0,910$  (satisfactoria) y test de esfericidad de Bartlett,  $\chi^2 = 2674,62$ ,  $gl = 190$  y significancia  $p$ -valor = 0,001 indicando existencia de correlación significativa. El Análisis Factorial Exploratorio conducido a partir del método de componentes principales y con rotación ortogonal Varimax, proporcionó una reducción de los datos a partir de la extracción de cuatro factores no correlacionados, explicando 56,7% de la variancia total de las variables originales y con menor pérdida de información posible.

**Tabla 8. Coeficientes de fidedignidad de Cronbach para los Instrumentos Factores Predictores y Síntomas Somáticos a partir de la AFE**

Indicadores	Alfa de Cronbach ( $\alpha$ )	Número de casos	Número de ítems	Clasificación de ( $\alpha$ )
- Factores Predictores (factor único)	0,635	320	6	Aceptable
- Síntomas somáticos	0,910	320	21	Excelente
F1- Síntomas de alerta	0,901	320	13	Excelente
F2- Síntomas sexuales	0,803	320	2	Bueno
F3- Síntomas de infecciones	0,676	320	4	Aceptable
F4- Síntomas cardíacos o hipertensivos	0,465	320	2	Insuficiente

**Nota:** Consulta directa.

De esta forma, en nuestro estudio, con base en el cuestionario de síntomas (Jodas y Haddad, 2009), y junto a los síntomas de Burnout (Benevides-Pereira, 2002. p. 44), de las páginas 28; los Síntomas Somáticos fueron divididos de la siguiente forma:

F1 – Síntomas de alerta – ítems 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 17, 18 e 19.

F2 – Síntomas sexuales – 9 e 21.

F3 – Síntomas de infecciones – 12, 15, 16 e 20.

F4 – Síntomas cardíacos o de hipertensión – 4 e 6.

A partir de los factores obtenidos, para las cuestiones de Factores Predictores y Síntomas Somáticos, se realizó un análisis de regresión logística múltiple para la verificación de asociación del Corazón de Burnout (CB: bajo, alto) y las consecuencias psicosomáticas.

**5.3.6. Cuestionario de autoevaluación de síntomas (Self Report Questionnaire – SRQ – 20)**, desarrollado por Harding, Arango, Baltazar, Climent, Ibrahim y Ladrino-Inacio (1980), validado en Brasil por Mari y Williams (1986).

Según Araújo (1999), este cuestionario tiene como finalidad identificar casos sospechosos de Trastornos Mentales Comunes (TMC). Es un instrumento compuesto por 20 preguntas, que permiten hacer el rastreo de disturbios psiquiátricos menores (depresión, ansiedad, disturbios somatoformes y neurastenia), más que establecer categorías diagnósticas como en la Clasificación Internacional de Enfermedades-10 (CID-10) y *Diagnostic and Statistical Manual-IV* (DSM-IV). En centros de atención primaria, el SRQ es útil como el primer nivel en el proceso diagnóstico, teniendo en vista su alta sensibilidad (83%) y especificidad (80%), de acuerdo con Mari, Iacopini, Williams, Simões y Silva (1987).

El SRQ-20 es el instrumento recomendado por la Organización Mundial de la Salud para esta finalidad y se ha mostrado eficaz en la detección de disturbios psiquiátricos menores (DPM), siendo inclusive superior al propio examen clínico realizado por médicos generalistas (Mari y Williams, 1986).

Dentro de las 20 preguntas, que pueden ser contestadas con un Sí/No, cada respuesta afirmativa puntúa con el valor 1 para componer el score final por medio de sumatoria de estos valores. Los *scores* obtenidos están relacionados con la probabilidad de presentar trastorno no-psicótico, variando de 0 (ninguna probabilidad) a 20 (máxima probabilidad).

1 – ¿Tiene Ud. dolores de cabeza de forma frecuente?

2 – ¿Tiene falta de apetito?

3 – ¿Duerme mal?

En estudio realizado con la población urbana de Feira de Santana (Bahía), para el debido dimensionamiento de factores que participan en la salud mental y objetivando avanzar en la evaluación del SRQ-20 al investigar la validez del elemento y fiabilidad de los ítems que componen este instrumento. La muestra está compuesta por 3190 individuos con edades de 15 años o más, seleccionados por medio de muestreo aleatorio por conglomerado, mientras que la población de trabajadores activos evaluados fue de 1311, distribuidos entre los sectores informal y formal (Santos, Araújo e Oliveira, 2009).

Por medio del análisis factorial de correlación tetracóricas, los autores, extrajeron cuatro factores que presentaban dimensiones específicas, identificadas como: factor I – comportamiento ansioso-depresivo, factor II – descenso de energía, factor III – síntomas somáticos, factor IV – humor depresivo. El resultado obtenido entre los trabajadores

estudiados fue de 59,6%, indicando que los cuatro factores estudiados poseen un buen nivel de explicación para la proporción de variancia del SRQ-20.

En este trabajo, constatamos el análisis de confianza los valores del coeficiente alpha de Cronbach ( $\alpha$ ) para el SRQ-20 y el instrumento fue considerado fiable y con buena consistencia interna cuanto al valor de  $\alpha > 0,70$ . Por tanto, verificamos  $\alpha = 0,831 > 0,7$ , indicando como positivo para la fiabilidad en los 20 ítems.

## 5.4 Procedimientos

Para iniciar la colecta de los datos, se encaminó el proyecto de investigación al Comité de Ética e Investigación del Hospital Universitario “Lauro Wanderley” de la Universidad Federal de Paraíba para aprobación del mismo, con protocolo número 427/2009; con posterior certificación favorable el 08 de enero de 2010 (Anexo E).

El mismo criterio fue adoptado con el Departamento de Enfermería Clínica del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba – DENC/CCS/UFPB, órgano donde el investigador está acreditado, con la aprobación en la 135ª Reunión Plenaria Ordinaria Departamental (14.12.2009), de acuerdo con el certificado (Anexo G).

Posteriormente, el mencionado proyecto de investigación fue dirigido a la Secretaria de Estado de Salud, después de la aprobación de los trámites de praxis y recibido el Oficio Circular nº 003/GS (Anexo H), el investigador presentó el proyecto en cuestión para las directorías de los hospitales, Complejo Hospitalario de Enfermedades Infectocontagiosas “Dr. Clementino Fraga”, Hospital de Emergencia y Trauma “Senador Humberto Lucena” y Hospital Regional de Cajazeiras, Complejo de Pediatría Arlinda Marques y Hospital Infantil Regional “Dr. Noaldo Leite” (ANEXOS I, J, K).

Lo que atañe a las ciudades de los entrevistados de la investigación, enfermeros vinculados a los servicios del nivel de atención básica en salud, la colecta de datos fue autorizada por los respectivos gestores municipales de salud.

El estado de Paraíba posee un cuantitativo de 4.908 enfermeros regularmente registrados en el Consejo Regional de Enfermería (COREN-PB, 2010), legalmente habilitados para el ejercicio profesional en las distintas instituciones de salud, en ámbito público, que realizan asistencia básica, de media y alta complejidad en los diferentes municipios.

Para el presente estudio consideramos el cuantitativo de 426 enfermeros referente a la población de estos profesionales en las ciudades seleccionadas para la investigación, utilizando el criterio de tipo sorteo.

Considerando la población de los 426 enfermeros en las 15 ciudades seleccionadas, observamos un muestra que corresponde a un porcentaje de 75,12 siendo el 24,88% (106/426) representa el abandono de los profesionales de enfermería.

Por tanto, la muestra del estudio está compuesta por 320 de profesionales de enfermería, de nivel superior, de acuerdo con la legislación del Consejo Federal de Enfermería de Brasil.

El universo de la investigación fueron los siguientes municipios ubicados en el Estado de Paraíba - Brasil: Belém, Bonito de Santa Fé, Cajazeiras, Conceição, Conde, João Pessoa, Monte Horebe, Nazarezinho, Patos, Pedras de Fogo, Santa Rita, São José de Espinharas, São José de Piranhas y Sousa.

Para cada participante de la investigación, fue entregado el Término de Consentimiento Libre e Informado (Apéndice - A), antes de la colecta de datos. Posterior al consentimiento de cada trabajador para participar de la investigación y de la previa autorización de la institución, aplicamos los instrumentos (Apéndice – B, C y Anexo – A, B) individualmente, en los lugares de trabajo, observando las conveniencias de horario de los profesionales.

En seguida los datos colectados fueron debidamente codificados y digitados en la planilla Microsoft Excel 2007 y en el *software Statistical Package for the Social Science – SPSS*, con versión 13.0.

## **5.5 Procedimientos éticos**

El presente estudio siguió a los principios de la Resolución 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS), que presenta las directrices reglamentadas acerca de investigaciones con seres humanos en Brasil, incluyendo el contenido del Término de Consentimiento (CNS, 2012) y atendió a las responsabilidades y deberes contenidos en el capítulo III de la Resolución COFEN 311/2007, en lo que concierne a los aspectos éticos y legales de la investigación con seres humanos, contemplados en los artículos 89, 90, 91, 92 y 93 (COFEN, 2007).

El Término de Consentimiento Libre e Informado - (Apéndice - A), tiene por finalidad orientar a los participantes de la investigación de los procedimientos, riesgos, desconformidad, beneficios y derechos, visando permitir una decisión individual de los entrevistados y deberá ser firmado antes de la aplicación de los cuestionarios (CNS, 2012).

## 5.6 Metodología Estadística

EL software Excel - 2007 fue utilizado en la construcción de un banco de datos para las cuestiones contenidas en los instrumentos de colecta de datos. Las informaciones contenidas en el banco de datos fueron transferidas para el paquete estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) – versión 13.0 (Martínez y Ferreira, (2007). Las variables estudiadas fueron mensuradas en los niveles de las escalas: nominal, ordinal e intervalar. Inicialmente, se efectuó la codificación de las variables pertinentes, y la procedencia de la consistencia de los datos. A continuación, para el levantamiento del perfil sociodemográfico y laboral de los profesionales de enfermería con relación a las variables inherente al objeto de estudio, se inició el análisis estadístico por medio de la construcción de tablas de frecuencias simples, medidas descriptivas, cruzamientos de variables (tablas de frecuencias conjuntas).

En seguida, y de acuerdo con los objetivos específicos propuestos, se utilizó técnicas de la estadística inferencial bivariada y multivariada, habiendo sido aplicados los siguientes test estadísticos, al nivel de 5% y/o 1% de significancia. Con los datos obtenidos se realizaron los siguientes análisis estadísticos:

- Test de Normalidad (Kolmogorov-Smirnov): test no paramétrico para la verificación de la normalidad de la distribución de probabilidad de una variable cuantitativa. Compara la distribución de frecuencia de la muestra acumulada de la variable cuantitativa considerada con la función de distribución acumulada de la Normal Patronizada.
- Test de Levene para comparación de dos variancias: test paramétrico para comparación de la igualdad de dos variancias poblacionales (homocedasticidad). Usa la estadística F de Snedecor, grados de libertad, g.l = (v<sub>1</sub> , v<sub>2</sub>) como estadística de test.
- Test t para comparación de dos muestras independientes: test paramétrico para comparación de las medias de dos muestras independientes. Usa como condiciones o premisas la normalidad y la homocedasticidad de los datos (o ANOVA paramétrica).
- Test de Significancia de la Correlación Lineal de Pearson: test paramétrico para verificación de la significancia del coeficiente de correlación lineal de la muestra r de Pearson y usa estadística de test con distribución t-Student con g.l = n – 1. La medida de asociación lineal “r” entre dos variables cuantitativas asume valores entre -1 a +1.

- Regresión Lineal Múltiple: presenta como modelo estimado la ecuación  $Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_kX_k$ , donde  $b$ 's son los coeficientes de regresión y  $a$  = intercepto (constante).
- Coefficiente de determinación ( $R^2$ ): proporciona la porción de la variación total de la variable dependiente  $Y$  explicada por la variable independiente  $X$  en el modelo.  $R^2$  es el cuadrado del coeficiente de correlación lineal múltiple  $R$  y asume valores entre 0 y 1 (o 0 a 100%).
- Test de asociación de  $\chi^2$ : test no-paramétrico para tabla de dupla entrada  $l \times c$ . Mide la existencia o no de asociación entre dos variables categóricas, en particular se usa en tabla de contingencia  $2 \times 2$  para variables dicotómicas.
- Test exacto de Fisher : alternativa al test de asociación de  $\chi^2$  para tabla de contingencia  $2 \times 2$ , cuando ocurre casela o célula con frecuencia esperada inferior a 5. Determina el cálculo exacto de la significancia p-valor.
- Regresión Lineal Múltiple: la regresión logística es una técnica estadística utilizada para describir el comportamiento entre una variable dependiente binaria y variables independientes métricas o no métricas. Se destina a medir la probabilidad de ocurrir un evento y a identificar características de los elementos pertenecientes a cada grupo determinado por la variable categórica. La función logística  $f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-Z}}$  asume valores entre 0 y 1, para cualquier  $Z$  entre  $-\infty$  y  $+\infty$ , siendo  $Z = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \alpha + \beta_1X_1 + \beta_2X_2 + \dots + \beta_kX_k$ , en que  $p$  indica la probabilidad de ocurrencia de determinado evento de interés,  $X$  representa el vector de variables explicativas (o independientes) y  $\alpha$  y  $\beta$  los parámetros del modelo. El término  $\ln(p/1-p)$  se llama *logit* y el término  $(p/1-p)$  representa la probabilidad (*odds*) de ocurrencia del evento de interés.

### 5.6.1 Modelo de regresión logística para el Corazón de Burnout (CB)

Variable dependiente: CORAZÓN DE BURNOUT (CB: bajo, alto)

VARIABLES INDEPENDIENTES\*: Sexo, Edad, Tiempo de Servicio, Horas Semanales, Factores Predictores, Síntomas Somáticos, Autoevaluación de síntomas, Realización Profesional, Vigor, Dedicación, Absorción, Resiliencia (*score* total) .

De acuerdo con Fávero et al. (2009), la regresión logística es una técnica estadística utilizada para describir el comportamiento entre una variable dependiente binaria y variables independientes métricas o no métricas. Se destina, en suma, a investigar el efecto de las variables por las cuales los individuos, objetos o sujetos están expuestos a la probabilidad de ocurrencia de determinado evento de interés.

Cabe destacar que la gran ventaja de la regresión logística en comparación con otras técnicas, como el análisis discriminante, reside en la flexibilidad de sus presupuestos, lo que amplía su aplicabilidad.

La función logística,  $f(Z) = \frac{1}{1+e^{-(Z)}}$ , asume valores entre 0 y 1, para cualquier Z entre  $-\infty$  y  $+\infty$ . Por tanto, la popularidad de esta técnica reside no solo en la posibilidad de prever la ocurrencia de eventos de interés sino también en la capacidad de presentar la probabilidad de su ocurrencia, siendo esta una limitación inherente al análisis discriminante, lo cual fornece el valor de *score* en lugar de probabilidad.

La regresión logística se destina a medir la probabilidad de ocurrencia de un evento e identificar características de los elementos que pertenecen a cada grupo determinado por la variable categórica. La función logística se presenta como una curva en formato de “S”, cuyos valores se sitúan entre 0 y 1, representando la probabilidad de ocurrencia del evento de interés.

#### FUNCION LOGÍSTICA

Un modelo se define como logístico si la función sigue la siguiente ecuación:

$$f(Z) = \frac{1}{1+e^{-(Z)}}, \quad \text{eq (1)}$$

$$\text{Siendo } Z: \quad Z = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k \quad \text{eq (2)}$$

En que  $p$  indica la probabilidad de ocurrencia de determinado evento de interés, X representa el vector de variables explicativas (o independientes) y  $\alpha$  y  $\beta$  los parametros del

modelo. El término  $\ln(p/1-p)$  se llama *logit* y el término  $(p/1-p)$  representa la probabilidad (*odds*) de ocurrencia del evento de interés. Por ejemplo:

Si  $p = 0,50$ , la probabilidad de ocurrencia del evento será de 1 (1 para 1);

Si  $p = 0,75$ , la probabilidad de ocurrencia del evento será de 3 (3 para 1).

Así, es fácil definir que la probabilidad de ocurrencia de un evento de interés es  $p = (\text{odds}/1+\text{odds})$ . Por tanto, substituyendo (eq. 2) en (eq.1), temos

$$f(Z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \sum \beta_i X_i)}} \quad \text{eq. (3)}$$

Simplificadamente, la función  $f(Z)$  puede ser entendida como la probabilidad de la variable dependiente ser igual a 1, dado el comportamiento de las variables explicativas  $X_1, X_2, \dots, X_k$ . Es decir, matemáticamente, puede ser representado como sigue:

$$P(1) = f(Y = 1 | X_1, X_2, \dots, X_k) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \sum \beta_i X_i)}} \quad \text{eq. (4)}$$

En otras palabras, se isolamos  $p$  en la expresión (eq. 2), llegamos a la expresión (eq. 4). Como  $\alpha$  y  $\beta$  son parámetros desconocidos, es necesario estimarlos para la determinación de la probabilidad de ocurrencia del evento de interés.

Es decir, el objetivo de estimar tales parámetros es encontrar una función logística de tal manera que las ponderaciones de las variables explicativas permitan establecer la importancia de cada variable para la ocurrencia del evento de interés, así como calcular la probabilidad de ocurrencia de este evento.

Premisas de la regresión logística:

La Regresión Logística asume las siguientes premisas:

- Relación lineal entre el vector de las variables explicativas  $X$  y la variable dependiente  $Y$ ;
- Valor esperado de los residuos es igual a cero;
- Ausencia de heterocedasticidad;
- Ausencia de multicolinealidad.

Como podemos observar diferentemente del Análisis de Regresión Múltiple y del Análisis Discriminante, la Regresión Logística no presupone normalidad de los residuos. Lo que representa, cuando de la aplicación de aquellas técnicas, una gran limitación, una vez que, en presencia de muchas variables dicotómicas, este supuesto acaba siendo violado (Sharma, 1996).

Seguendo el pensamiento del autor, la regresión logística no presupone homogeneidad de variancia y la reducción del número de presupuestos, hace con que sea

preferible en muchas situaciones prácticas. Cuando tenemos, en un mismo modelo, variables explicativas con escalas de mensuración cualitativa y cuantitativa, la premisa de normalidad multivariada no será aceptada en el análisis discriminante. En este caso, el investigador puede optar por el uso de regresión logística, una vez que ésta no tiene ninguna consideración sobre la distribución de las variables explicativas.

- Odds Ratio (OR) – Razón de probabilidades o ventajas, también conocida como la razón de los productos cruzados en una tabla de contingencia 2x2... OR(IC. 95%). Calculada a partir del Test de asociación de  $\chi$ -cuadrado o de la Regresión Logística Binaria.

A continuación presentamos los resultados de la presente investigación que tiene como objetivo investigar la incidencia y consecuencia del Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería, en el ámbito público, que realizan la atención básica, media y alta complejidad; analizando, la relación entre el Síndrome de Burnout y *engagement*, y el papel de la resiliencia como factor protector del Síndrome de Burnout en este grupo profesional.

## **Capítulo 6. Resultados**

### 6.1 La importancia del Síndrome de Burnout (SB)

Según Maslach y Jackson (1986), los sujetos que presentan Síndrome de Burnout, teniendo en cuenta las características de las tres escalas, serán aquellos que puntúen alto en Despersonalización (el trabajador tiende a distanciarse de los demás, y a pensar en ellos como objetos), bajo en Realización Personal (para el individuo su trabajo no merece la pena), y alto en Cansancio Emocional (el individuo se siente física y psicológicamente agotado).

En la Tabla 9, las dimensiones del Síndrome de Burnout [Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Profesional (RP)], está presentadas cuantitativamente según los niveles alto, medio y bajo. Constatamos “alto nivel” en 33,1% (106) para CE (106) para CE, 33,1% (106) para DP y 28,8% (92) para RP. Con respecto al “bajo nivel”, observamos 35,0% (112) para CE, 51,6% (165) para DP e 32,8% (105) para RP.

**Tabla 9. Distribución cuantitativa del total de enfermeros participantes del estudio, cuanto a los niveles de las dimensiones del SB.**

NIVELES	ENFERMEROS (n = 320)								
	CE			DP			RP		
	Pc	fr	%	Pc	fr	%	Pc	fr	%
Alto (P <sub>67</sub> a P <sub>99</sub> )	≥ 19	106	33,1	≥ 5	106	33,1	≥ 45	92	28,8
Medio (P <sub>34</sub> a P <sub>66</sub> )	8 - 18	102	31,9	1 - 4	49	15,3	39 - 44	123	38,4
Bajo (P <sub>1</sub> a P <sub>33</sub> )	≤ 7	112	35,0	≤ 0	165	51,6	≤ 38	105	32,8
Media	14,8			3,3			39,5		
D.P.	11,7			4,6			7,4		

NOTA: Pc: punto de corte; fr: frecuencia; DP: Desvío Patrón; CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización RP: Realización profesional; P<sub>n</sub>: Percentil (n)

Como podemos, ver en la Tabla 10, 41% (132) de los enfermeros entrevistados en el estado de Paraíba presentan Síndrome de Burnout (SB) es decir, en las tres dimensiones (con +CE, +DP y -RP), siendo Alto SB (23%; 75 de los enfermeros) y Bajo SB (18%, 57 de los enfermeros). Observamos que, 59% (188) no presentan el Síndrome de Burnout.

El test de  $\chi$ -cuadrado aplicado para la verificación de asociación del SB según el género de los trabajadores entrevistados no presentó asociación significativa con el SB, siendo la estadística  $\chi^2 = 3,51$ ,  $p < ,173$ .

**Tabela 10. Síndrome de Burnout entre los enfermeros del estado de Paraíba, según el género (n = 320)**

Síndrome de Burnout			Sexo			
	Total		Femenino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%
Alto SB	75	23,4	62	22,0	13	34,2
Bajo SB	57	17,8	53	18,8	4	10,5
Sin SB	188	58,8	167	59,2	21	55,3
Total	<b>320</b>	<b>100</b>	<b>282</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

De acuerdo con Menezes de Lucena et al., (2006, por las circunstancias anteriormente señaladas en el presente estudio, hemos utilizado como medida de SB, el “Corazón de Burnout” (CB). El “Corazón de Burnout” está compuesto por las dimensiones CE y DP, y se correlaciona negativamente con la dimensión RP. El análisis de fiabilidad para esta escala del CB fue de 0,84. Desde un punto de vista estadístico, hemos calculado los percentiles  $P_{33}$  y  $P_{66}$ , estableciendo los niveles de Bajo SB y Alto SB.

Observamos, en la Tabla 11, la distribución cuantitativa de la variable Corazón de Burnout (CB) compuesta por las dimensiones CE: cansancio emocional y DP: despersonalización, presentando 36,6% (117) profesionales de enfermería con “alto nivel de CB” y 33,1% (106) los que presentan “bajo nivel” de CB.

**Tabla 11. Distribución cuantitativa de SB a partir del Corazón de Burnout (CB)**

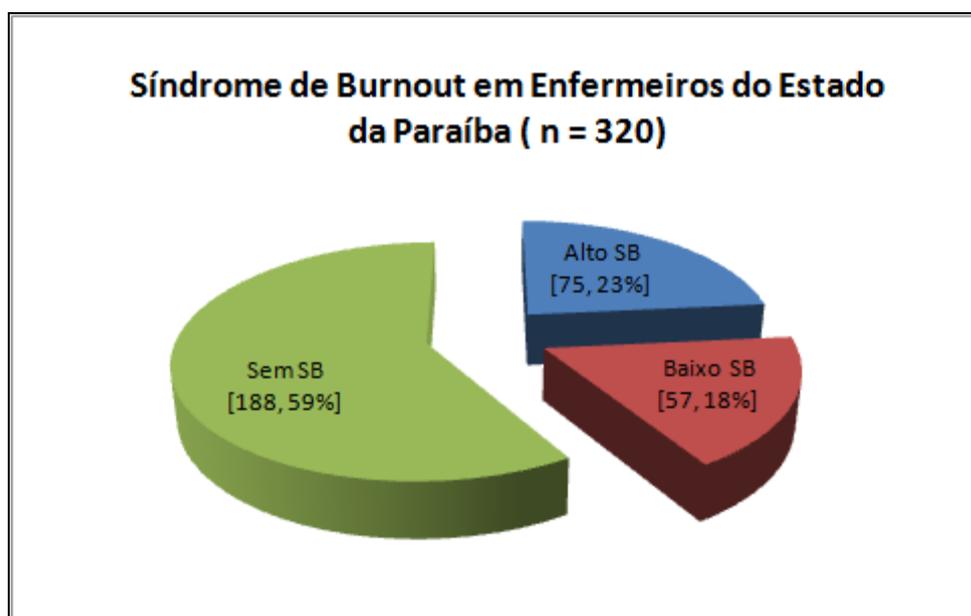
Niveles de CB	Puntuaciones del CB	fr	%
Alto ( $P_{67}$ a $P_{99}$ )	$\geq 22$	117	36,6
Medio ( $P_{34}$ a $P_{66}$ )	11 – 21	97	30,3
Bajo ( $P_1$ a $P_{33}$ )	$\leq 10$	106	33,1
Media		18,1	
D.P.		13,9	

NOTA: CB: Corazón de Burnout; fr: frecuencia; DP: Desvío Patrón.  $P_n$  : Percentil (n)

### 6.1.1 Los objetivos

Como podemos ver en la Tabla 10 y en la Tabla 12 el 41% (132) de los enfermeros entrevistados en el estado de Paraíba presentan el Síndrome de Burnout (SB). Observamos además que el 59% (188) no presentan el Síndrome de Burnout.

**Tabla 12. Cuantitativo del Síndrome de Burnout entre los enfermeros del estado de Paraíba, según el género (n = 320).**



**Nota:** Ocurrencia del síndrome

El test de  $\chi$ -cuadrado aplicado para la verificación de asociación del SB según el Nivel de Complejidad de las instituciones de trabajo de los entrevistados (bajo, medio y alto), conforme la Tabla 13, no presentó asociación significativa de SB, siendo la estadística  $\chi^2=2,130$  con g.l.=2 y significancia p-valor =  $0,345 > 0,05$ . La hipótesis I no se confirmó, significancia  $p > 0,05$ .

**Tabla 13. Síndrome de Burnout entre los enfermeros del estado de Paraíba, según el Nivel de Complejidad (n = 132)**

Percentual en columna

Nivel de Complejidad	Total		Alto SB		Bajo SB	
	n	%	n	%	n	%
	Red de atención básica (baja)	39	29,5	24	32,0	15
Media complejidad (media)	51	38,6	31	41,3	20	35,1
Alta complejidad (alta)	42	31,8	20	26,7	22	38,6
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

Percentual línea

Nivel de Complejidad	Total		Alto SB		Bajo SB	
	n	%	n	%	n	%
	Red de atención básica (baja)	39	100	24	61,5	15
Media complejidad (media)	51	100	31	60,8	20	39,2
Alta complejidad (alta)	42	100	20	47,6	22	52,4
<b>Total</b>	<b>132</b>	<b>100</b>	<b>75</b>	<b>56,8</b>	<b>57</b>	<b>43,2</b>

## 6.2 Consecuencias del Burnout en las personas estudiadas

La Tabla 14, presenta la distribución ordenada del número de citaciones de la autoevaluación por el SRQ-20, de Trastornos Psiquiátricos Menores (TPM) de síntomas para el SB para los 20 ítems considerados.

**Tabla 14. Autoevaluación en el SRQ-20 efectuado por los profesionales de enfermería del estado de Paraíba (n = 320)**

Ord	Autoevaluación de síntomas de SB <sup>(a)</sup>	Citaciones	% Casos
1	Se siente nervioso o preocupado	172	64,9
2	Tiene dolores fuertes de cabeza	131	49,9
3	Duerme mal	118	44,5
4	Se siente triste ultimamente	117	44,2
5	Encuentra dificultad para realizar su trabajo	94	35,5
6	Tiene dificultad para pensar con claridad	93	35,1
7	Tiene molestias estomacales	91	34,3
8	Tiene maladigestión	89	33,6
9	Se cansa con facilidad	88	33,2
10	Se asusta con facilidad	86	32,5
11	Tiene dificultades para tomar decisiones	77	29,1
12	Se siente cansado todo el tempo	62	23,4
13	Llora más que de costumbre	52	19,6
14	Ha perdido el interés por las cosas	48	18,1
15	Ha perdido el apetito	45	17,0
16	Tiene problemas en el trabajo	42	15,8
17	Tiene temblores de mano	39	14,7
18	Es incapaz de realizar algo útil	10	3,8
19	Se siente una persona inútil	6	2,3
20	Tiene o ha tenido ideas de suicidio	2	0,8
<b>Total de casos válidos = 265 (missing = 55)</b>		<b>1462</b>	<b>-</b>

<sup>(a)</sup> Tipo test – valor tabulado = 1 (Sí)

De acuerdo con los resultado de la Tabla 15, la autoevaluación de síntomas por SRQ-20 depende del Corazón de Burnout (Alto CB, Bajo CB) para los enfermeros entrevistados (resultados significativos por medio del test de  $\chi$ -cuadrado). La hipótesis II no se confirmó, significancia p-valor < 0,05.

**Tabla 15. Autoevaluación de síntomas por el SRQ-20 efectuado por profesionales de enfermería, según el Corazón de Burnout (muestra n = 177)**

Autoevaluación de síntomas <sup>(a)</sup>	Total		Corazón de Burnout				Test de $\chi$ -cuadrado Sig. p-valor
			Bajo CB		Alto CB		
	n	%	n	%	n	%	
1. Se siente nervioso o preocupado	125	70,6	45	56,3	80	82,5	p=0,001
2. Tiene dolores de cabeza frecuentemente	92	52,0	35	43,8	57	58,8	p=0,001
3. Duerme mal	82	46,3	27	33,8	55	56,7	p=0,001
4. Se siente triste últimamente	79	44,6	22	27,5	57	58,8	p=0,001
5. Encuentra dificultad para realizar su trabajo	71	40,1	18	22,5	53	54,6	p=0,001
6. Tiene dificultad para pensar con claridad	69	39,0	24	30	45	46,4	p=0,001
7. Tiene molestias estomacales	68	38,4	21	26,3	47	48,5	p=0,001
8. Tiene maladigestión	67	37,9	24	30	43	44,3	p=0,001
9. Se cansa con facilidad	64	36,2	12	15	52	53,6	p=0,001
10. Se asusta con facilidad	60	33,9	20	25	40	41,2	p=0,001
11. Tiene dificultades para tomar decisiones	52	29,4	19	23,8	33	34	p=0,009
12. Se siente cansado todo el tiempo	52	29,4	4	5	48	49,5	p=0,001
13. Lloro más que de costumbre	34	19,2	8	10	26	26,8	p=0,001
14. Ha perdido el interés por las cosas	34	19,2	8	10	26	26,8	p=0,001
15. Ha perdido el apetito	33	18,6	7	8,8	26	26,8	p=0,001
16. Tiene problemas en el trabajo	32	18,1	6	7,5	26	26,8	p=0,001
17. Tiene temblores de mano	27	15,3	7	8,8	20	20,6	p=0,003
18. Es incapaz de realizar algo útil	9	5,1	3	3,8	6	6,2	p=0,315
19. Se siente una persona inútil	4	2,3	-	-	4	4,1	n. realizado
20. Tiene o ha tenido ideas de suicidio	1	0,6	-	-	1	1	n. realizado
<b>Total</b>	<b>177</b>	<b>100</b>	<b>80</b>	<b>100</b>	<b>97</b>	<b>100</b>	

<sup>(a)</sup> Frecuencia observada < 5, realizado el test exacto de Fisher

NOTA: Se efectuó la investigación de la distribución del número de síntomas en la autoevaluación declarada de síntomas en el SRQ-20 por los profesionales de enfermería, por medio de la variable SRQ20\_esc. El test de Mann-Whitney para la comparación de la diferencia del número de síntomas según el Corazón de Burnout presentó resultado significativo para la media de puestos de trabajo, siendo el p-valor=0,001<0,05. Además el test de  $\chi$ -cuadrado aplicado para la Mediana (o test de la mediana), presentó asociación del número de síntomas con respecto al Corazón de Burnout (p-valor=0,001<0,005), siendo que los individuos con “bajo CB” presentaron mayor porcentaje por debajo del valor mediano del grupo total (4,0) en comparación a los individuos que presentaron “alto CB”. [scores ≤ mediana (4,0): Bajo CB (75,2%) x Alto CB(30,2%)].

De acuerdo con los resultados de la Tabla 16, la autoevaluación de síntomas por el SRQ-20, independe del género de los enfermeros, cuando estudiado la presencia del SB (resultados no significativos, p-valor>0,05, por medio del test de  $\chi$ -cuadrado o test exacto de Fisher).

**Tabla 16. Autoevaluación en el SRQ-20 efectuado por los profesionales de enfermería, según el género (n = 320), y presencia del SB**

Autoevaluación de TPM (SQR-20)	Total		Género				Test de $\chi$ -cuadrado Sig. p-valor
			Femenino		Masculino		
	n	%	n	%	n	%	
-No presencia de TPM( $\leq 8$ )	264	82,5	229	81,2	35	92,1	p=0,097
-Presencia de TPM (>8)	56	17,5	53	18,8	3	7,9	
<b>Total</b>	<b>320</b>	<b>100</b>	<b>282</b>	<b>100</b>	<b>38</b>	<b>100</b>	

Resultados no-significativos, sig. p-valor>0,05

**Nota:** TPM: Trastornos Psiquiátricos Menores; SRQ-20: Cuestionario de autoevaluación de síntomas.

De acuerdo con los resultados de la Tabla 17, la autoevaluación por el SRQ-20 de Trastornos Psiquiátricos Menores (TPM), depende de la evaluación del Corazón de Burnout (CB) de los enfermeros entrevistados. La aplicación del test de asociación de  $\chi$ -cuadrado presentó resultados altamente significativos, siendo la estadística  $\chi^2 = 31,683$ , g.l.=1 y significancia p-valor=0,000 < 0,001).

**Tabla 17. Autoevaluación por el SRQ-20 de Trastornos Psiquiátricos Menores efectuado por los profesionales de enfermería, según el Corazón de Burnout (n = 223)**

Autoevaluación de TPM (SQR-20)	Total		CORAZÓN DE BURNOUT				Test de $\chi$ -cuadrado Sig. p-valor
			Bajo CB		Alto CB		
	n	%	n	%	n	%	
-NO presencia de TPM( $\leq 8$ )	180	80,7	111	94,9	69	65,1	p=0,001*
-Presencia de TPM (>8)	43	19,3	6	5,1	37	34,9	
<b>Total</b>	<b>223</b>	<b>100</b>	<b>117</b>	<b>100</b>	<b>106</b>	<b>100</b>	

Resultados significativos, (\*) sig. p-valor<0,05

**Nota:** TPM: Trastornos Psiquiátricos Menores; SRQ-20: Cuestionario de autoevaluación de síntomas.

La Tabla 18, presenta la distribución ordenada del número de citaciones de la autoevaluación por el SRQ-20 de Trastornos Psiquiátricos Menores (*score* TPM > 8), para cada uno de los cuatro factores obtenidos en el Análisis Factorial Exploratorio que validó el instrumento SRQ-20.

Factor 1: Humor depresivo-ansioso (cuestiones **Q4, Q6, Q9** e Q10);

Factor 2: Síntomas somáticos (cuestiones **Q1, Q2, Q3, Q5, Q7** e **Q19**);

Factor 3: Disminución de energía vital (cuestiones Q8, Q11, Q12, Q13, **Q18** e **Q20**);

Factor 4: Pensamientos depresivos (cuestiones Q14, **Q15**, Q16 e Q17)

Como se observa las cuestiones consideradas en cada factor con mayores destaques con relación a los Trastornos Psiquiátricos Menores (TPM) son aquellas que están en **negrita**.

**Tabla 18. Autoevaluación del SRQ-20 efectuado por profesionales de enfermería, según factores del Análisis Factorial referencia \*\* (presencia de TPM, muestra = 56)**

<b>Factor1: Humor depresivo-ansioso<sup>a</sup></b>	<b>Citaciones</b>	<b>% de casos</b>
<b>Q6</b> – Se siente nervioso o preocupado	53	94,6
<b>Q9</b> - Se siente triste ultimamente	50	89,3
<b>Q4</b> - Se asusta con facilidad	35	62,5
Q10 – Llora más que de costumbre	23	41,1
<b>Total válido = 56</b>	<b>161</b>	<b>-</b>
<b>Factor2: Síntomas somáticos<sup>a</sup></b>	<b>Citaciones</b>	<b>% de casos</b>
<b>Q1</b> – Tiene dolores de cabeza frecuentemente	39	69,6
<b>Q7</b> – Tiene mala digestión	39	69,6
<b>Q19</b> – Tiene molestias estomacales	39	69,6
<b>Q3</b> – Duerme mal	37	66,1
Q2 – Ha perdido el apetito	18	32,1
Q5 – Tiene temblores en las manos	18	32,1
<b>Total válido = 56</b>	<b>190</b>	<b>-</b>
<b>Factor3: Disminución de energía vital<sup>a</sup></b>	<b>Citaciones</b>	<b>% de casos</b>
<b>Q20</b> – Se cansa con facilidad	46	82,1
Q11 – Encuentra dificultades para realizar con satisfacción sus actividades diárias	44	78,6
Q8 – Tiene dificultad de pensar con claridade	42	75,0
Q12 – Tiene dificultades para tomar decisiones	34	60,7
<b>Q18</b> – Se siente cansado todo el tiempo	33	58,9
Q13 – Tiene dificultades en el trabajo (su trabajo es penoso, o le causa sufrimiento)	22	39,3
<b>Total válido = 56</b>	<b>221</b>	<b>-</b>
<b>Factor4: Pensamientos depresivos<sup>a</sup></b>	<b>Citaciones</b>	<b>% de casos</b>
<b>Q15</b> – Ha perdido el interés por las cosas	32	91,4
Q16 - Se siente una persona inútil	6	17,1
Q14 – Es incapaz de desempeñar un papel útil en la vida	5	14,3
Q17 – Tiene o ha tenido ideas de suicidio	2	5,7
<b>Total válido = 35</b>	<b>45</b>	<b>-</b>

<sup>a</sup> Tipo tes : grupo dicotómico valor tabulado = 1 (Sí)

6.3 Relación entre los factores de SB, Resiliencia y Engagement

Tabla 19. Correlación entre los factores de la escala de resiliencia y dimensiones del Síndrome de Burnout

Correlación	MATRIZ DE CORRELACIÓN (Correlación de Pearson)						
	RAV	IND	ACCA	CE	DP	CB	RP
RAV	1	0,604 <sup>(**)</sup>	0,512 <sup>(**)</sup>	-0,152 <sup>(**)</sup>	-0,073	-0,152 <sup>(**)</sup>	0,316 <sup>(**)</sup>
IND	0,000	1	0,403 <sup>(**)</sup>	-0,125 <sup>(*)</sup>	-0,033	-0,116 <sup>(*)</sup>	0,209 <sup>(**)</sup>
ACCA	0,000	0,000	1	0,005	-0,119 <sup>(*)</sup>	0,043	0,154 <sup>(**)</sup>
CE	0,006	0,025	0,935	1	0,335 <sup>(**)</sup>	0,951 <sup>(**)</sup>	0,417 <sup>(**)</sup>
DP	0,191	0,558	0,033	0,000	1	0,610 <sup>(**)</sup>	0,220 <sup>(**)</sup>
CB	0,006	0,038	0,444	0,000	0,000	1	0,423 <sup>(**)</sup>
RP	0,000	0,000	0,006	0,000	0,000	0,000	1

Matriz triangular superior: correlaciones y Matriz triangular inferior: significancia p-valor

(\*\*) Correlación significativa, al nivel de 1% (bilateral).

(\*) Correlación significativa, al nivel de 5% (bilateral).

RAV: Resolución ...; IND: Independencia... y ACCA: Autoconfianza ...

CE: Cansancio Emocional; DP: Despersonalización e CB: Corazón de Burnout - media(CE+DP)

RP: Realización Profesional

Como podemos observar en la Matriz de Correlación en la Tabla 19, los factores de la escala de Resiliencia: Resolución, Independencia y Autoconfianza se correlacionaron negativamente con los componentes del SB: CE-Cansancio Emocional, DP-Despersonalización y CB-Corazón de Burnout (CE+DP) y, positivamente con el componente RP-Realización Profesional. Además, por medio de la aplicación del test t para comparación de las medias de 2 grupos independientes, aunque uno de los 3 factores contenidos en la escala de Resiliencia no haya atendido las condiciones *sine qua non* (normalidad e igualdad de variancias), se trata de un método robusto, se verifica parcialmente la confirmación de la Hipótesis III, resultando significancia p-valor < 0,05. Solo el factor ACCA no presentó resultado significativo en la comparación de los *scores* con respecto al CB, presentando significancia p-valor>0,05, resultado compatible con la correlación de Pearson no significativa presentada en la Matriz de Correlación. Los demás factores RAV e IND y la resiliencia presentaron resultados significativos, presentando significancias p-valores<0,05 (Tabla 20).

**Tabla 20. Comparación de los *scores* de la escala de resiliencia con respecto al CB.**

Escala de Resiliencia	CB	N	Media	D. Patrón	Estadística t (g.l.)	Sig. p-valor
RES - score medio	Bajo (<= 10)	117	5,3	0,62	2,373 (g.l.=221)	p=0,019*
	Alto (>= 22)	106	5,1	0,63		
RAV – Resolución de acciones y valores	Bajo (<= 10)	117	5,8	0,72	2,950 (g.l.=207,1)	p=0,004**
	Alto (>= 22)	106	5,5	0,84		
IND - Independencia y determinación	Bajo (<= 10)	117	5,1	0,91	2,025 (g.l.=221)	p=0,044*
	Alto (>= 22)	106	4,8	0,88		
ACCA - Autoconfianza y Capac. de adaptación	Bajo (<= 10)	117	5,3	0,84	-0,038 (g.l.=221)	p=0,970 n.s.
	Alto (>= 22)	106	5,3	0,86		

<sup>(\*)</sup>Test t (comparación de las medias de 2 grupos independientes), result. significativos: <sup>(\*\*)</sup> p-valor <0,01.

<sup>(+)</sup>Test F de Levene no acepta la hipótesis nula: igualdad de variancias, (resultando significancia p-valor<0,05).

**Tabla 21. Correlación entre los factores de *engagement* y dimensiones del Síndrome de Burnout**

MATRIZ DE CORRELACIÓN (Correlación de Pearson)

Correlación	VI	DE	AB	CE	DP	CB	RP
VI	1	0,815 <sup>(**)</sup>	0,803 <sup>(**)</sup>	-0,431 <sup>(**)</sup>	-0,134 <sup>(*)</sup>	-0,406 <sup>(**)</sup>	0,629 <sup>(**)</sup>
DE	0,000	1	0,777 <sup>(**)</sup>	-0,399 <sup>(**)</sup>	-0,133 <sup>(*)</sup>	-0,379 <sup>(**)</sup>	0,603 <sup>(**)</sup>
AB	0,000	0,000	1	-0,285 <sup>(**)</sup>	-0,054	-0,257 <sup>(**)</sup>	0,525 <sup>(**)</sup>
CE	0,000	0,000	0,000	1	0,335 <sup>(**)</sup>	0,951 <sup>(**)</sup>	0,417 <sup>(**)</sup>
DP	0,016	0,017	0,336	0,000	1	0,610 <sup>(**)</sup>	0,220 <sup>(**)</sup>
CB	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1	0,423 <sup>(**)</sup>
RP	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	1

Matriz triangular superior: correlaciones y Matriz triangular inferior: significancia **p-valor**

(\*\*) Correlación significativa, al nivel de 1% (bilateral).

(\*) Correlación significativa, al nivel de 5% (bilateral).

VI: Factor Vigor; DE: Factor dedicación y AB: Factor Absorción.

CE: Cansancio Emocional; DP: Despersonalización y CB: Corazón de Burnout (CE+DP)

RP: Realización Profesional

Como podemos observar en la Matriz de Correlación, Tabla 21, los factores de “*engagement*” del cuestionario de *Engagement*: Vigor, Dedicación y Absorción se correlacionan negativamente con los componentes del SB: CE-Cansancio Emocional, DP-Despersonalización y CB-Corazón de Burnout (CE+DP) y positivamente con el componente RP-Realización profesional. Además, por medio de la aplicación del test t para comparación de las medias de 2 grupos independientes, aunque algunos de los 3 factores contenidos en la escala de *Engagement* no hayan atendido las condiciones *sine qua non* (normalidad e igualdad

de variancias) se trata de un método robusto, se verifica la confirmación de la Hipótesis IV, resultando significancia p-valor < 0,05.

Como podemos ver en la esta matriz, la variable CB (Corazón de Burnout) presenta una fuerte correlación positiva significativa con sus dos componentes: CBxDP ( $r=0,951$ ,  $**p<0,01$ ) y CBxCE ( $r=0,610$ ,  $**p<0,01$ ) y una correlación negativa significativa con el otro componente RP del SB: CBxRP ( $r=-0,423$ ,  $*p<0,05$ ).

Todos los tres factores, VI (Vigor), DE (Dedicación) y AB (Absorción), presentaron resultados significativos en relación al CB (Corazón de Burnout), presentando significancias p-valores<0,05 (Tabla 22).

**Tabla 22. Comparación de los scores de los factores de la escala de engagement con respecto al Corazón de Burnout**

Escala UWES (Factores)	Corazón de Burnout	N	Media	D. Patrón	Estadística t (g.l.)	Sig. p-valor*
VI – Vigor <sup>+</sup>	Bajo (<= 10)	117	4,9	0,94	6,839 (g.l.=195,5)	p=0,001**
	Alto (>= 22)	106	3,9	1,23		
DE – Dedicación <sup>+</sup>	Bajo (<= 10)	117	5,1	0,79	6,294 (g.l.=171,4)	p=0,001**
	Alto (>= 22)	106	4,2	1,28		
AB – Absorción <sup>+</sup>	Bajo (<= 10)	117	4,6	0,96	4,058 (g.l.=191,5)	p=0,001**
	Alto (>= 22)	106	4,0	1,30		

<sup>(\*)</sup>Test t (comparación de las medias de 2 grupos independientes), result. significativos: <sup>(\*\*)</sup> p-valor <0,01.

<sup>(+)</sup>Test F de Levene no acepta la hipótesis: igualdad de variancias, (resulta significancia p-valor<0,05).

**Tabla 23. Correlación entre los componentes de SB, engagement y resiliencia**

**MATRIZ DE CORRELACIÓN DE PEARSON**

	Med	DP	CB	RP	VI	DE	AB	RAV	IND	ACCA
CB	18,14	13,94	1							
RP	4,96	0,89	-0,423**	1						
VI	4,46	1,14	-0,406**	0,629**	1					
DE	4,71	1,11	-0,379**	0,603**	0,815**	1				
AB	4,33	1,13	-0,257**	0,525**	0,803**	0,777**	1			
RAV	5,66	0,78	-0,152**	0,316**	0,385**	0,374**	0,309**	1		
IND	5,02	0,90	-0,117*	0,209**	0,263**	0,239**	0,251**	0,604**	1	
ACCA	5,32	0,83	0,043	0,154**	0,194**	0,155**	0,207**	0,512**	0,403**	1

**Nota:** Med: Media y DP: Desvío Patrón. (\*\*) Correlación significativa,  $p < 0,01$  e (\*) Correlación significativa,  $p < 0,05$   
 CB: Corazón de Burnout; RP: Realización profesional; VI: vigor; DE: Dedicación; AB: Absorción; RAV: Resolución;  
 IND: Independencia y ACCA: Autoconfianza.

La Matriz de Correlación de Pearson, Tabla 23, contempla información sobre las correlación entre los componentes del SB, factores del Cuestionario de Bien Estar y Trabajo (*Engagement*) y los factores de la escala de resiliencia, así como las medidas descriptivas, media y desvío patrón, para cada variable a partir de la muestra de  $n = 320$  trabajadores del servicio público de enfermería en ciudades del Estado de Paraíba, 2010-2011.

En relación a los factores VI, DE y AB del *Engagement*, observamos significativas correlaciones negativas de los tres componentes con el CB (Corazón de Burnout): CBxVI ( $r = -0,406$ ,  $**p < 0,01$ ), CBxDE ( $r = -0,397$ ,  $**p < 0,01$ ) y CBxAB ( $r = -0,257$ ,  $**p < 0,01$ ).

Con respecto a los factores RAV, IND y ACCA de la escala de resiliencia, observamos correlación negativa significativa del CB con solamente los dos primeros componentes: CBxRAV ( $r = -0,152$ ,  $**p < 0,01$ ) y CBxIND ( $r = -0,117$ ,  $*p < 0,05$ ). El tercer componente ACCA presentó muy poca correlación no significativa con el CB, siendo: CBxACCA ( $r = 0,043$ ,  $p > 0,05$ ).

El tercer componente del SB, RP (Realización Profesional), presentó correlación positiva y significativa con todos los factores o componentes del *Engagement* y de la escala de resiliencia, confirmando la ocurrencia de las mayores media de scores para cada variable considerada a partir de los instrumentos (MBI: subescalas de 0 a 6 puntos, *Engagement*: subescalas de 0 a 6 puntos y Resiliencia: subescalas de 1 a 7 puntos).

- Cuestionario *Engagement*: RPxVI ( $r = 0,629$ ,  $**p < 0,01$ ), RPxDE ( $r = 0,603$ ,  $**p < 0,01$ ) y RPxAB ( $r = 0,525$ ,  $**p < 0,01$ )
- Escala Resiliencia: RPxRAV ( $r = 0,316$ ,  $**p < 0,01$ ), RPxIND ( $r = 0,209$ ,  $**p < 0,01$ ) y RPxACCA ( $r = 0,154$ ,  $**p < 0,01$ )

Además, observamos correlaciones positivas y significantes entre los componentes del *Engagement* (VI, DE y AB) y, también, entre los componentes de la escala de resiliencia (RAV, IND y ACCA), así como, correlaciones positivas y significantes entre cada componente del Cuestionario *Engagement* y cada uno de los componentes de la escala de resiliencia.

#### **6.4 Relación entre las variables sociodemográficas y los factores estudiados de SB, *Engagement* y Resiliencia**

1. **Variable Género.** En función del género, los entrevistado fueron clasificados en dos submuestras o subgrupos: Varones ( $n = 38$ , 88,1%) y Mujeres ( $n = 282$ , 11,9%).

En la Tabla 24, observamos que la variable género presentó resultados significativos ( $p$ -valor  $< 0,05$ ) solo para SRQ-20 (autoevaluación de síntomas para SB), siendo que las mujeres presentan mayor número de síntomas (ansiedad, depresión, etc.). Además no se observa que asociación significativa de género con los componentes del SB.

**Tabla 24. Comparación de la Edad, Tiempo de profesión, Horas Semanles, Factores predictores, Síntomas sintomáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de *Engagement*, Factores de Resiliencia y Resiliencia, según el GÉNERO.**

Variables <sup>(+)</sup>	Género		Estadística Aprox. Z	Significancia p-valor
	Varón	Mujer		
Edad	33,2 (8,7)	35,8 (10,5)	-1,012	0,309 n.s.
TP	4,4 (5,5)	5,1 (6,2)	-0,142	0,887 n.s.
HS	32,6 (7,5)	35,6 (13,3)	-1,853	0,063 n.s.
FP	3,5 (1,3)	3,5 (1,2)	-0,074	0,941 n.s.
SS	1,3 (1,0)	1,6 (1,0)	-1,900	0,057 n.s.
SRQ-20	2,7 (3,5)	4,8 (3,9)	-3,597	0,001*
CB	18,5 (16,4)	18,1 (13,6)	-0,408	0,683 n.s.
RP	40,5 (7,0)	39,4 (7,5)	-0,822	0,411 n.s.
VI	4,6 (1,0)	4,4 (1,2)	-0,817	0,414 n.s.
DE	4,9 (0,9)	4,7 (1,1)	-0,736	0,462 n.s.
AB	4,5 (1,0)	4,3 (1,1)	-0,589	0,556 n.s.
RAV	5,8 (0,6)	5,6 (0,8)	-1,284	0,199 n.s.
IND	5,1 (0,8)	5,0 (0,9)	-0,791	0,429 n.s.
ACCA	5,5 (0,8)	5,3 (0,8)	-1,213	0,225 n.s.
RES	131,4 (16,0)	134,0 (12,8)	-1,177	0,239 n.s.

Test de Mann-Whitney: Resultado significativo, (\*)  $p$ -valor  $< 0,05$ , n.s.: no-significativo ( $p$ -valor  $> 0,05$ ).

**Nota:** <sup>(+)</sup> Media (D. Patrón). TP: Tiempo de Profesión; HS: Horas Semanales; FP: Factores Predictores; SS: Síntomas Sintomáticos; SRQ-20: Cuestionario de autoevaluación de síntomas; CB: Corazón de Burnout; RP: Realización Profesional; VI: Vigor; DE: Dedicación; AB: Absorción; RAV: Resolución de Acciones y Valores; IND: Independencia y Determinación; ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación; RES: Escala de Resiliencia

**2. Variable edad.** De acuerdo con la edad, los entrevistados fueron categorizados a partir de la edad mediana en dos submuestras o subgrupos 1:  $\leq 31$  años ( $n = 153$ , 50%) y 2:  $> 31$  años ( $n = 151$ , 50%). De los 320 enfermeros entrevistados 16 no informaron sus edades.

En la Tabla 25, observamos que la variable Edad presentó asociación significativa ( $p$ -valor  $< 0,05$ ) para TP (Tiempo de Profesión), así con los componentes del CB (RP) y también con las dimensiones del *Engagement* (Vigor y Absorción) y del componente ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación de la Escala de Resiliencia. Los enfermeros de

menor edad revelaron tener mayores niveles del Corazón de Burnout (CB) y menores sentimientos de Realización Profesional (RP).

**Tabla 25. Comparación del Tiempo de Profesión, Horas Semanales, Factores Predictores, Síntomas Sintomáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de *Engagement*, Factores de Resiliencia y Resiliencia, según la EDAD.**

Variables	EDAD <sup>(+)</sup>		Estadística <i>Aprox. Z</i>	Significancia <i>p-valor</i>
	≤ 31 años	> 31 años		
TP	1,9 (2,4)	7,9 (7,3)	-8,443	0,001*
HS	34,7 (9,4)	35,5 (15,5)	-0,017	0,986 n.s.
FP	3,5 (1,2)	3,6 (1,2)	-0,035	0,972 n.s.
SS	1,6 (1,0)	1,6 (1,1)	-0,525	0,599 n.s.
SRQ-20	4,7 (3,9)	4,5 (3,9)	-0,571	0,568 n.s.
CB	20,7 (13,6)	15,5 (13,2)	-3,677	0,001*
RP	38,8 (7,3)	40,2 (7,1)	-2,001	0,045*
VI	4,2 (1,1)	4,7 (1,2)	-3,743	0,001*
DE	4,6 (1,1)	4,8 (1,1)	-1,636	0,102 n.s.
AB	4,1 (1,2)	4,5 (1,1)	-3,119	0,002*
RAV	5,7 (0,7)	5,6 (0,8)	-0,345	0,730 n.s.
IND	5,0 (0,9)	5,0 (0,9)	-0,204	0,838 n.s.
ACCA	5,4 (0,8)	5,2 (0,8)	-2,294	0,022*
RES	131,9 (14,5)	130,8 (16,5)	-0,662	0,508 n.s.

Test de Mann-Whitney: Resultado significativo, (\*)  $p$ -valor < 0,05, n.s.: no-significativo ( $p$ -valor > 0,05).

**Nota:** <sup>(+)</sup> Media (D. Patrón). TP: Tiempo de Profesión; HS: Horas Semanales; FP: Factores Predictores; SS: Síntomas Sintomáticos; SRQ-20: Cuestionario de autoevaluación de síntomas; CB: Corazón de Burnout; RP: Realización Profesional; VI: Vigor; DE: Dedicación; AB: Absorción; RAV: Resolución de Acciones y Valores; IND: Independencia y Determinación; ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación; RES: Escala de Resiliencia.

**3. Variable Titulación.** Los profesionales de enfermería fueron identificados en dos submuestras o subgrupos de acuerdo con el nivel educacional: Graduados ( $n = 94$ , 29,4%) y Posgraduados (máster y/o doctorado ( $n = 226$ , 70,6%).

En la Tabla 26, observamos que la variable Titulación de los profesionales de enfermería [Graduados- 29,4% (94); Pos-graduados- 70,6% (226)], presentó resultados significativos ( $p$ -valor < 0,05) solo con las variables: Tiempo de Profesión (TP) y Síntomas Sintomáticos (SS). No fueron encontradas diferencias significativas con respecto a la titulación de los profesionales con los componentes del SB (Agotamiento, Despersonalización y Realización Profesional), componentes y score total de la Escala de Resiliencia, SRQ-20, así como, con los componentes de *Engagement* (Vigor, Dedicación y Absorción).

**Tabla 26. Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales, Factores Predictores, Síntomas Sintomáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de *Engagement*, Factores de Resiliencia y Resiliencia, según la TITULACIÓN.**

Variables	TITULACIÓN		Estadística <i>Aprox. Z</i>	Significancia <i>p-valor</i>
	Graduado	Posgraduado		
EDAD	35,5 (10,9)	35,5 (10,1)	-0,587	0,557 n.s.
TP	5,2 (7,0)	4,9 (5,8)	-2,066	0,039*
HS	36,8 (14,5)	34,6 (11,9)	-1,236	0,217 n.s.
FP	3,7 (1,2)	3,5 (1,2)	-1,260	0,208 n.s.
SS	1,4 (1,0)	1,7 (1,0)	-2,557	0,011*
SRQ-20	4,2 (3,7)	4,7 (3,9)	-1,046	0,296 n.s.
CB	18,5 (16,4)	18,4 (14,1)	-0,385	0,700 n.s.
RP	39,7 (8,0)	39,4 (7,1)	-0,767	0,443 n.s.
VI	4,5 (1,1)	4,4 (1,1)	-0,900	0,368 n.s.
DE	4,8 (1,0)	4,7 (1,1)	-0,907	0,365 n.s.
AB	4,4 (1,1)	4,3 (1,1)	-0,837	0,402 n.s.
RAV	5,6 (0,8)	5,7 (0,8)	-0,457	0,647 n.s.
IND	5,0 (0,9)	5,0 (0,9)	-0,384	0,701 n.s.
ACCA	5,3 (0,9)	5,3 (0,8)	-0,151	0,880 n.s.
RES	131,6 (16,0)	131,7 (15,5)	-0,165	0,869 n.s.

Test de Mann-Whitney: Resultado significativo, (\*)  $p$ -valor  $< 0,05$ , n.s.: no-significativo ( $p$ -valor  $> 0,05$ ).

**Nota:** <sup>(+)</sup> Media (D. Patrón). TP: Tiempo de Profesión; HS: Horas Semanales; FP: Factores Predictores; SS: Síntomas Sintomáticos; SRQ-20: Cuestionario de autoevaluación de síntomas; CB: Corazón de Burnout; RP: Realización Profesional; VI: Vigor; DE: Dedicación; AB: Absorción; RAV: Resolución de Acciones y Valores; IND: Independencia y Determinación; ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación; RES: Escala de Resiliencia.

#### 4 . Variable Situación de Trabajo

De acuerdo con la Situación Laboral se divide el colectivo en dos submuestras o subgrupos: Temporal ( $n = 153$ , 50,7%) y Permanente ( $n = 149$ , 49,3%). De los 320 enfermeros entrevistados 18 no informaron su situación de trabajo.

En la Tabla 27, observamos que la variable Trabajo de los profesionales de enfermería, presentó resultados significativos ( $p$ -valor  $< 0,05$ ) en relación a las variables: Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales y Factores Predictores. Además se encontró asociación significativa con respecto a los componentes del CB.

La Situación de Trabajo que ocupan los enfermeros repercute de forma directa sobre los sentimientos de Burnout y en las demás variables: Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales y Factores Predictores.

**Tabla 27. Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales, Factores Predictores, Síntomas Sintomáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de *Engagement*, Factores de Resiliencia y Resiliencia, según la SITUACIÓN LABORAL.**

Variables	SITUACIÓN LABORAL <sup>(+)</sup>		Estadística <i>Aprox. Z</i>	Significancia <i>p-valor</i>
	Temporal	Permanente		
EDAD	33,0 (9,2)	38,3(10,8)	-4,235	0,001*
TP	3,7 (4,3)	6,4 (7,3)	-3,569	0,001*
HS	35,7 (10,2)	34,4 (14,7)	-2,416	0,016*
FP	3,7 (1,2)	3,4 (1,2)	-1,963	0,050*
SS	1,7 (1,1)	1,5 (1,0)	-1,128	0,259 n.s.
SRQ-20	4,8 (3,9)	4,5 (3,9)	-0,923	0,356 n.s.
CB	19,9 (14,5)	16,6 (13,5)	-2,125	0,034*
RP	39,5 (7,2)	39,6 (7,6)	-0,381	0,703 n.s.
VI	4,5 (1,1)	4,4 (1,2)	-0,379	0,705 n.s.
DE	4,7 (1,1)	4,7 (1,1)	-0,769	0,442 n.s.
AB	4,3 (1,1)	4,3 (1,1)	-0,302	0,762 n.s.
RAV	5,6 (0,8)	5,7 (0,8)	-0,725	0,469 n.s.
IND	5,0 (0,9)	5,0 (0,9)	-0,319	0,750 n.s.
ACCA	5,3 (0,8)	5,3 (0,9)	-0,285	0,775 n.s.
RES	131,3 916,0)	132,0 (15,7)	-0,249	0,803 n.s.

Test de Mann-Whitney: Resultado significativo, (\*)  $p$ -valor  $< 0,05$ , n.s.: no-significativo ( $p$ -valor  $> 0,05$ ).

**Nota:** <sup>(+)</sup> Media (D. Patrón). TP: Tiempo de Profesión; HS: Horas Semanales; FP: Factores Predictores; SS: Síntomas Sintomáticos; SRQ-20: Cuestionario de autoevaluación de síntomas; CB: Corazón de Burnout; RP: Realización Profesional; VI: Vigor; DE: Dedicación; AB: Absorción; RAV: Resolución de Acciones y Valores; IND: Independencia y Determinación; ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación; RES: Escala de Resiliencia.

## 5. Variable Tiempo de Profesión

Fueron divididos en dos submuestras o subgrupos según el número de años dedicados a la profesión:  $\leq 3$  años ( $n = 190$ , 59,4%) y  $> 3$  años ( $n = 130$ , 40,6%).

En la Tabla 28, observamos que la variable Tiempo de Profesión de enfermería [ $\leq 3$  años - 59,4% (190);  $> 3$  años - 40,6% (130)], presentó resultados significativos ( $p$ -valor  $< 0,05$ ) solo en relación a las variables: Edad y Horas Semanales, así como, con los componentes de *Engagement* (Vigor y Absorción). No fueron encontradas diferencias significativas en relación a los componentes del CB, Factores Predictores, Síntomas Sintomáticos, SRQ-20, componentes y *score* total de la Escala de Resiliencia.

Los resultados demuestran que los años de experiencia profesional tienen influencia directa sobre los componentes de Engagement (Vigor y Absorción), es decir, los enfermeros con más tiempo de profesión manifestaron menor nivel de sentimiento de Burnout.

**Tabla 28. Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales, Factores Predictores, Síntomas Sintomáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de Engagement, Factores de Resiliencia y Resiliencia, según el TIEMPO DE PROFESIÓN.**

Variables	TIEMPO DE PROFESIÓN <sup>(+)</sup>		Estadística Aprox. Z	Significancia p-valor
	≤ 3 años	> 3 años		
EDAD	30,4 (7,1)	43,4 (9,6)	-10,415	0,001*
HS	34,0 (10,9)	37,1 (15,1)	-2,559	0,010*
FP	3,6 (1,2)	3,5 (1,2)	-0,543	0,587 n.s.
SS	1,6 (1,0)	1,7 (1,1)	-0,749	0,454 n.s.
SRQ-20	4,6 (3,9)	4,5 (3,9)	-0,408	0,684 n.s.
CB	18,5 (13,9)	17,6 (14,0)	-0,698	0,485 n.s.
RP	39,0 (7,4)	40,3 (7,3)	-1,862	0,063 n.s.
VI	4,3 (1,1)	4,6 (1,2)	-2,840	0,005*
DE	4,7 (1,1)	4,7 (1,1)	-0,656	0,512 n.s.
AB	4,2 (1,1)	4,5 (1,1)	-2,699	0,007*
RAV	5,7 (0,7)	5,7 (0,8)	-0,246	0,806 n.s.
IND	5,0 (0,9)	5,0 (1,0)	-0,368	0,713 n.s.
ACCA	5,3 (0,8)	5,3 (0,9)	-0,422	0,673 n.s.
RES	131,7 (14,6)	131,6 (17,1)	-0,114	0,909 n.s.

Test de Mann-Whitney: Resultado significativo, (\*) p-valor < 0,05, n.s.: no-significativo (p-valor > 0,05).

**Nota:** <sup>(+)</sup> Media (D. Patrón). TP: Tiempo de Profesión; HS: Horas Semanales; FP: Factores Predictores; SS: Síntomas Sintomáticos; SRQ-20: Cuestionario de autoevaluación de síntomas; CB: Corazón de Burnout; RP: Realización Profesional; VI: Vigor; DE: Dedicación; AB: Absorción; RAV: Resolución de Acciones y Valores; IND: Independencia y Determinación; ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación; RES: Escala de Resiliencia.

## 6. Variable Renta.

Se dividió en dos submuestras o subgrupos según las diferencias de sueldos mensuales de todos los entrevistados – 1: < 5 sal. mín. (n = 231, 72,6%) y 2: > 5 sal. mín (n = 87, 27,4%). De los 320 enfermeros entrevistados, 2 no informaron su renta mensual.

En la Tabla 29, observamos que la variable Renta presentó resultados significativos (p-valor < 0,05) solo con respecto a las variables Tiempo de Profesión y el componente RAV: Resolución de Acciones y Valores de la Escala de Resiliencia. No fueron encontradas diferencias significativas en relación a casi la totalidad de las variables consideradas.

La renta mensual de los enfermeros no repercute de forma directa sobre los sentimientos de Burnout.

**Tabla 29. Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales, Factores Predictores, Síntomas Sintomáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de *Engagement*, Factores de Resiliencia y Resiliencia, según la RENTA.**

Variables	RENTA (x s.m.) <sup>(+)</sup>		Estadística Aprox. Z	Significancia p-valor
	< 5 sal. mín.	≥ 5 sal. mín.		
EDAD	34,9 (10,2)	36,9 (10,4)	-1,724	0,085 n.s.
TP	4,3 (5,5)	6,8 (7,4)	-3,302	0,001*
HS	35,0 (11,8)	36,1 (15,1)	-0,149	0,882 n.s.
FP	3,6 (1,2)	3,4 (1,2)	-1,460	0,144 n.s.
SS	1,6 (1,0)	1,5 (1,1)	-0,926	0,354 n.s.
SRQ-20	4,7 (3,8)	4,3 (4,1)	-1,001	0,317 n.s.
CB	18,4 (13,7)	17,6 (14,9)	-0,804	0,422 n.s.
CE	14,2 (13,1)	14,9 (11,5)	-0,809	0,419 n.s.
DP	3,3 (4,4)	3,3 (5,0)	-0,739	0,460 n.s.
RP	39,6 (7,2)	39,1 (7,9)	-0,271	0,786 n.s.
VI	4,5 (1,1)	4,4 (1,2)	-0,308	0,758 n.s.
DE	4,7 (1,1)	4,7 (1,0)	-0,276	0,782 n.s.
AB	4,3 (1,1)	4,3 (1,2)	-0,279	0,780 n.s.
RAV	5,6 (0,8)	5,8 (0,7)	-2,090	0,037*
IND	5,0 (0,9)	5,1 (0,9)	-1,023	0,306 n.s.
ACCA	5,3 (0,8)	5,4 (0,9)	-0,843	0,400 n.s.
RES	130,7 (15,7)	134,2 (15,5)	-1,745	0,081 n.s.

Test de Mann-Whitney: Resultado significativo, (\*) p-valor < 0,05, n.s.: no-significativo (p-valor > 0,05).

**Nota:** <sup>(+)</sup> Media (D. Patrón). TP: Tiempo de Profesión; HS: Horas Semanales; FP: Factores Predictores; SS: Síntomas Sintomáticos; SRQ-20: Cuestionario de autoevaluación de síntomas; CB: Corazón de Burnout; RP: Realización Profesional; VI: Vigor; DE: Dedicación; AB: Absorción; RAV: Resolución de Acciones y Valores; IND: Independencia y Determinación; ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación; RES: Escala de Resiliencia.

## 7. Variable Jornada de Trabajo

Fue dividido en dos submuestras o subgrupos según las diferencias con respecto al número de turnos de trabajo: Un turno (n = 72, 23,8%) y Varios turnos (n = 230, 76,2%). De los 320 enfermeros entrevistados 18 no informaron sus Jornadas de Trabajo.

En la Tabla 30, observamos que la variable Jornada de Trabajo [(Un turno – 23,8% (72); Varios turnos – 76,2% (230)], presentó resultados significativos p-valor < 0,05) solo con las variables Edad y Horas Semanales, así como con los componentes del CB y el componente Absorción de *Engagement*. No fueron encontradas diferencias significativas con Factores Predictores, Síntomas Sintomáticos, SRQ-20, componentes y *score* total de la Escala de Resiliencia y los componentes de *Engagement* (Vigor y Dedicación).

La Jornada de Trabajo parece repercutir de forma directa sobre los sentimientos de Burnout.

**Tabla 30. Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales, Factores Predictores, Síntomas Sintomáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de *Engagement*, Factores de Resiliencia y Resiliencia, según la JORNADA DE TRABAJO.**

Variables	JORNADA DE TRABAJO <sup>(+)</sup>		Estadística Aprox. Z	Significancia p-valor
	Un turno	Varios turnos		
EDAD	37,7 (10,4)	34,7 (10,2)	-2,387	0,017*
TP	5,9 (6,4)	4,8 (6,1)	-0,872	0,383 n.s.
HS	32,4 (16,9)	36,1 (10,0)	-4,763	0,001*
FP	3,7 (1,3)	3,5 (1,2)	-0,809	0,419 n.s.
SS	1,4 (1,0)	1,7 (1,1)	-1,411	0,158 n.s.
SRQ-20	4,2 (3,4)	4,7 (4,0)	-0,503	0,615 n.s.
CB	14,5 (12,3)	19,5 (14,3)	-2,677	0,007*
RP	40,7 (7,3)	39,1 (7,5)	-1,972	0,049*
VI	4,7 (1,0)	4,4 (1,2)	-1,640	0,101 n.s.
DE	4,8 (1,0)	4,6 (1,2)	-0,973	0,330 n.s.
AB	4,6 (1,0)	4,3 (1,1)	-2,030	0,042*
RAV	5,7 (0,7)	5,7 (0,8)	-0,304	0,761 n.s.
InD	5,1 (0,9)	5,0 (0,9)	-0,119	0,905 n.s.
ACCA	5,3 (0,8)	5,3 (0,8)	-0,055	0,956 n.s.
RES	132,2 (15,8)	131,7 (15,1)	-0,204	0,838 n.s.

Test de Mann-Whitney: Resultado significativo, (\*) p-valor < 0,05, n.s.: no-significativo (p-valor > 0,05).

**Nota:** <sup>(+)</sup> Media (D. Patrón). TP: Tiempo de Profesión; HS: Horas Semanales; FP: Factores Predictores; SS: Síntomas Sintomáticos; SRQ-20: Cuestionario de autoevaluación de síntomas; CB: Corazón de Burnout; RP: Realización Profesional; VI: Vigor; DE: Dedicación; AB: Absorción; RAV: Resolución de Acciones y Valores; IND: Independencia y

Determinación; ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación; RES: Escala de Resiliencia.

## 8. Variable Horas Semanales

Fue dividida en dos submuestras o dos subgrupos según el número de horas semanales dedicados a la profesión: < 30 horas (n = 156, 51,0%) y ≥ 30 horas (n = 150, 49,0%). De los 320 enfermeros entrevistados 14 no informaron sus Horas Semanales.

En la Tabla 31, observamos que la variable Horas Semanales, presentó resultados significativos (p-valor < 0,05) solo con respecto al componente de *Engagement* (Absorción).

La cantidad de Horas Semanales trabajadas parece no repercutir de forma directa sobre los sentimientos de Burnout.

**Tabla 31. Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Factores Predictores, Síntomas Sintomáticos, SRQ-20, Corazón de Burnout, Factores de MBI, Factores de Engagement, Factores de Resiliencia y Resiliencia, según las HORAS SEMANALES.**

Variables	HORAS SEMANALES <sup>(+)</sup>		Estadística <i>Aprox. Z</i>	Significancia <i>p-valor</i>
	< 30 horas	≥ 30 horas		
EDAD	34,9 (9,6)	35,7 (10,8)	-0,081	0,935 n.s.
TP	4,6 (6,0)	5,1 (6,3)	-0,930	0,352 n.s.
FP	3,4 (1,2)	3,6 (1,2)	-1,284	0,199 n.s.
SS	1,5 (1,0)	1,7 (1,1)	-1,674	0,094 n.s.
SRQ-20	4,7 (4,1)	4,6 (3,7)	-0,281	0,779 n.s.
CB	17,0 (12,8)	19,8 (15,0)	-1,380	0,167 n.s.
CE	14,0 (11,1)	16,1 (12,3)	-1,357	0,175 n.s.
DP	3,0 (4,3)	3,7 (4,9)	-1,066	0,287 n.s.
RP	39,7 (7,3)	39,1 (7,5)	-0,674	0,500 n.s.
VI	4,4 (1,1)	4,5 (1,2)	-1,219	0,223 n.s.
DE	4,7 (1,1)	4,7 (1,1)	-1,275	0,202 n.s.
AB	4,2 (1,1)	4,4 (1,2)	-2,025	0,043*
RAV	5,6 (0,8)	5,7 (0,8)	-1,249	0,212 n.s.
IND	4,9 (0,9)	5,1 (0,9)	-1,812	0,070 n.s.
ACCA	5,2 (0,8)	5,4 (0,9)	-1,694	0,090 n.s.
RES	129,5 (15,0)	133,3 (16,1)	-1,935	0,053 n.s.

Test de Mann-Whitney: Resultado significativo, (\*) p-valor < 0,05, n.s.: no-significativo (p-valor > 0,05).

**Nota:** <sup>(+)</sup> Media (D. Patrón). TP: Tiempo de Profesión; HS: Horas Semanales; FP: Factores Predictores; SS: Síntomas Sintomáticos; SRQ-20: Cuestionario de autoevaluación de síntomas; CB: Corazón de Burnout; RP: Realización Profesional; VI: Vigor; DE: Dedicación; AB: Absorción; RAV: Resolución de Acciones y Valores; IND: Independencia y Determinación; ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación; RES: Escala de Resiliencia.

### 6.5 Comparación entre los enfermeros con Alto vs Bajo Corazón de Burnout y las variables estudiadas

En la Tabla 32, observamos que la variable Corazón de Burnout fue dividida en dos submuestras o subgrupos a partir de los puntos de corte por percentiles  $P_{33}$  y  $P_{66}$ : Bajo ( $\leq 10$ ), ( $n = 117$ , 52,5%) y Alto ( $\geq 22$ ) ( $n = 106$ , 47,5%), presentó resultados significativos ( $p$ -valor  $< 0,05$ ) para la casi totalidad de las variables analizadas, con excepción de las variables Tiempo de Profesión, Horas Semanales y el componente de la escala de resiliencia, ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación.

En esta tabla destacamos que los enfermeros con bajo CB tuvieron predominancia para la variable sociodemográfica Edad. Se observó además, que con respecto al componente Realización Profesional de SB, los enfermeros con bajo CB presentaron mejores *scores*. Los componentes de *Engagement* (Vigor, Dedicación y Absorción) presentaron mejores *scores* para enfermeros con bajo CB, *score* total y los componentes ID: Independencia y Determinación; ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación de la Escala de Resiliencia.

**Tabla 32. Comparación de la Edad, Tiempo de Profesión, Horas Semanales, SRQ-20, Realización Profesional (MBI), Factores de *Engagement*, Factores de Resiliencia y Resiliencia, según el CORAZÓN DE BURNOUT.**

Variables	CORAZÓN DE BURNOUT CB <sup>(+)</sup>		Estadística Aprox. Z	Significancia <i>p</i> -valor
	Bajo (<P <sub>33</sub> )	Alto (> P <sub>66</sub> )		
EDAD	38,2 (10,7)	32,0 (8,5)	-4,585	0,001*
TP	5,9 (6,9)	4,1 (5,2)	-0,401	0,689 n.s.
HS	34,8 (16,2)	35,8 (10,1)	-1,646	0,100 n.s.
SRQ-20	2,7 (2,8)	7,0 (4,2)	-7,764	0,001*
RP	42,2 (6,3)	36,0 (7,7)	-6,589	0,001*
VI	4,9 (0,9)	3,9 (1,2)	-6,389	0,001*
DE	5,1 (0,8)	4,2 (1,3)	-5,485	0,001*
AB	4,6 (1,0)	4,0 (1,3)	-3,676	0,001*
RAV	5,8 (0,7)	5,5 (0,8)	-2,415	0,016*
IND	5,1 (0,9)	4,8 (0,9)	-2,006	0,045*
ACCA	5,3 (0,8)	5,3 (0,9)	-0,026	0,979 n.s.
RES	133,7 (15,4)	128,7 (15,8)	-1,992	0,046*

Test de Mann-Whitney: Resultado significativo, (\*)  $p$ -valor  $< 0,05$ , n.s.: no-significativo ( $p$ -valor  $> 0,05$ ).

**Nota:** <sup>(+)</sup> Media (D. Patrón). TP: Tiempo de Profesión; HS: Horas Semanales; FP: Factores Predictores; SS: Síntomas Sintomáticos; SRQ-20: Cuestionario de autoevaluación de síntomas; CB: Corazón de Burnout; RP: Realización Profesional; VI: Vigor; DE: Dedicación; AB: Absorción; RAV: Resolución de Acciones y Valores; IND: Independencia y Determinación; ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación; RES: Escala de Resiliencia.

### 6.6 Modelo de regresión logística para el Corazón de Burnout

La Tabla 33, presentó el resultado del modelo inicial para RLM (método *enter*) y solo las variables EDAD, SS (Síntomas Sintomáticos), SQR-20 y los factores DE (Dedicación y AB (Absorción) extraídos del instrumentos de *Engagement*, presentaron resultados significativos para los coeficientes de regresión ( $\beta$ 's) asociados, presentando significancia p-valor < 0,05. Las demás variables y/o factores no presentaron resultados significativos para los coeficientes

As demais variáveis e/ou fatores não apresentaram resultados significativos para os coeficientes ( $\beta$ 's) associados, apresentando significancia p-valor > 0,05 y por tanto, retiradas del ajuste del modelo logístico.

**Tabla 33. Modelo inicial de Regresión Logística Múltiple para la variable Corazón de Burnout**

Variables	Coef ( $\beta$ )	D. Patrón ( $\beta$ )	Estadística Wald	Sig. p	Exp( $\beta$ )	OR-IC95%	
						<i>L<sub>inf</sub></i>	<i>L<sub>sup</sub></i>
SEXO	0,494	0,596	0,686	0,408	1,638	0,509	5,269
<b>EDAD</b>	<b>-0,112</b>	<b>0,034</b>	<b>11,182</b>	<b>0,001</b>	<b>0,894</b>	<b>0,837</b>	<b>0,955</b>
TP	0,063	0,406	0,024	0,877	1,065	0,481	2,359
HS	0,006	0,016	0,139	0,709	1,006	0,975	1,039
FP	-0,084	0,221	0,143	0,705	0,920	0,596	1,419
<b>SS</b>	<b>1,190</b>	<b>0,341</b>	<b>12,198</b>	<b>0,000</b>	<b>3,288</b>	<b>1,686</b>	<b>6,412</b>
<b>SRQ-20</b>	<b>0,174</b>	<b>0,087</b>	<b>3,963</b>	<b>0,047</b>	<b>1,190</b>	<b>1,003</b>	<b>1,413</b>
RP	0,007	0,046	0,023	0,879	1,007	0,920	1,102
VI	-0,281	0,429	0,429	0,513	0,755	0,326	1,750
<b>DE</b>	<b>-0,732</b>	<b>0,360</b>	<b>4,141</b>	<b>0,042</b>	<b>0,481</b>	<b>0,237</b>	<b>0,973</b>
<b>AB</b>	<b>0,791</b>	<b>0,388</b>	<b>4,143</b>	<b>0,042</b>	<b>2,205</b>	<b>1,030</b>	<b>4,721</b>
RAV	-0,373	0,352	1,121	0,290	0,689	0,345	1,374
IND	-0,141	0,275	0,262	0,609	0,869	0,507	1,489
ACCA	0,186	0,315	0,348	0,555	1,204	0,650	2,232
Constante	3,312	2,721	1,482	0,223	27,440		

Resultado significativo, (\*) p-valor < 0,05, n.s.: no-significativo (p-valor > 0,05).

**Nota:** TP: Tiempo de Profesión; HS: Horas Semanales; FP: Factores Predictores; SS: Síntomas Sintomáticos; SRQ-20: Cuestionario de autoevaluación de síntomas; RP: Realización Profesional; VI: Vigor; DE: Dedicación; AB: Absorción; RAV: Resolución de Acciones y Valores; IND: Independencia y Determinación; ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación;



## **Capítulo 7. Discusión**

Con el objetivo de la realización de la presente investigación hemos reunido temas prácticamente nuevos en la psicología con poca presencia en la publicación de trabajos que abarcan el tema psicología positiva cuando comparados a otras temáticas como *Engagement* o incluso la resiliencia como factores protectores del SB, analizando el desarrollo de comportamientos resultantes del trabajo de los enfermeros.

Los enfermeros que han sido entrevistados por medio de los cuestionarios que forman parte de la colecta de datos totalizando una muestra de 320 entrevistados (Tabla 4), que desarrollaron sus actividades laborales en el Programa Saúde da Família (PSF) (Programa Salud de la Familia), en las 15 (quince) ciudades del Estado de Paraíba – Brasil, sino también en el ambiente hospitalario, englobando procedimientos para la asistencia de la enfermería con conocimiento científico y con base segura para la acción eficiente en la atención básica, de media y alta complejidad del Sistema Único de Saúde (SUS) (Seguridad Social), cada cual representando una realidad propia.

En el presente estudio los resultados ponen en evidencia la gran importancia del Síndrome de Burnout, como un fenómeno que afecta, distintamente en la práctica, a un enorme porcentaje de los enfermeros en un doble plano, es decir: el de la satisfacción personal de los enfermeros con respecto a sus roles y rendimiento personal, y el de familia y las relaciones sociales. Hablamos en este conjunto de los enfermeros, de cuyo trabajo depende de la calidad de la asistencia prestada y, en consecuencia, la salud física y también psíquica de algunos usuarios que necesitan de atención y cuidados temporarios o permanentes de medio o alto grado de complejidad.

Según la literatura especializada en el SB, los más afectados por este síndrome son los profesionales a los que más ilusión les hace el ejercicio de su profesión, frustrando la expectativa que bloqueadas por la realidad cotidiana (Arita y Arauz, 1999; Chacón, Grau, Hernández, Hernández y Román, 2005; Ramos, 1999; Ramos y Buendía, 2001).

Hemos intentado en nuestra investigación, determinar la presencia y consecuencias del SB en la muestra de enfermeros investigados y conocer si existe diferencia de incidencia del SB en función del tipo de actividad que realiza (la atención básica, media y alta complejidad); analizando, además, la relación entre SB y *engagement*, y el papel de la resiliencia como factor protector del SB a este grupo profesional.

### 7.1. La importancia del Síndrome de Burnout

Los resultados encontrados en este estudio (Tabla 10), demuestran que de los enfermeros entrevistados 132 (41,2%) presentan SB, mientras que 188 (58,8%) no lo presentan, de acuerdo con la variable género el universo femenino 115 (40,8%) y 17 (44,7%) de los varones presentaban SB.

Por otro lado, 167 (59,2%) de las mujeres y 21 (55,3%) de los hombre, no padecen SB. Es decir, independiente del género todos están expuestos al desgaste emocional y profesional fruto del estrés del trabajo y necesita por lo tanto, asistencia médica y psicológica.

En la Tabla 9, las dimensiones del Síndrome de Burnout [Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Realización Profesional (RP)], son presentados cuantitativamente. Se constata que 33,1% (106) para CE, 33,1% (106) para DP y 28,8% (92) para RP.

Como hemos podido comprobar, 41% (132) de los enfermeros encuestados en el estado de Paraíba presentan Síndrome de Burnout (SB), es decir, en las tres dimensiones (con +CE, +DP e -RP). Observamos que, 59% (188) no presentan el Síndrome de Burnout. En este momento, se hace necesario una intervención (sea cual sea, institucional o individual) visando una acción preventiva para que estos profesionales identificados no desarrollen el SB.

Delante de lo expuesto, considerando las Tablas 9, 10 y 12, los resultados encontrados confirman que el SB puede variar de intensidad, una vez que, los enfermeros estudiados presentaron niveles de SB con frecuencias y percentuales diferentes entre las dimensiones.

El test de  $\chi$ -cuadrado aplicado para la verificación de la asociación del SB según el nivel de complejidad de las instituciones de trabajo de los entrevistados (atención básica, media y alta complejidad), conforme la Tabla 13, no presentó asociación significativa del SB; siendo la estadística  $\chi^2 = 2,130$  con g.l.=2 y significancia p-valor = 0,345 > 0,05.

Los trabajadores de enfermería que se encuadran en cualquier una de las dimensiones del SB necesitan de forma inmediata de un plan individual, colectivo o institucional con el objetivo de prevenir, independiente del tipo de trabajo que desarrolle, es decir, en la atención básica, media o alta complejidad. Los datos referenciados son inherentes al objetivo específico 1 y la Hipótesis I no fue confirmada, significancia  $p > 0,05$ .

Según Maslach y Leiter (1999), grupos de trabajo que alcanzan muchos puntos en CE y DP y pocos puntos en RP están pasando del desgaste físico y emocional. Los que presentan resultado opuesto, es decir, pocos puntos en CE y DP y mucho en RP, vivencian muchos aspectos de responsabilidad con el trabajo.

Podemos constatar que los profesionales están recibiendo profesionalización en las instituciones formadoras basadas en principios técnicos de acuerdo con la Ley de Directrices y Bases, es decir, competencias y habilidades específicas para cada tipo de actividad. Habiendo en las organizaciones pocos equipos adecuados para el desarrollo del ejercicio profesional.

De acuerdo con la orientación del Ministerio de Sanidad e Igualdad Social, al estar en evidencia la formación y el desarrollo para la Seguridad Social, por medio de la construcción de educación permanente, se propone la agregación entre desarrollo individual e institucional; entre servicios y gestión sectorial; y entre atención y control social, con el objetivo de implementar los principios y las directrices constitucionales de la Seguridad Social (Brasil, 2004, p.9).

La Educación Permanente en Salud se presenta como una propuesta de acción estratégica capaz de contribuir a la transformación de los procesos formativos, de las prácticas pedagógicas y de la salud y para la organización de los servicios, emprendiendo un trabajo articulado entre el sistema de salud con sus varias áreas de gestión, y en las instituciones formadoras (Brasil, 2004, p.9).

Los autores Murofese, Abranches y Napoleão (2005, p.260) llaman la atención cuanto a los factores, aunque el ejercicio de la profesión de enfermería requiera buena salud física y mental, rara vez los enfermeros reciben la protección social adecuada para ser llevada a cabo dicha cuestión. Aunque ejerzan actividades agotadoras, muchas veces en locales impropios, no reciben la protección y atención necesarias para evitar los accidentes y las enfermedades que provienen de sus actividades.

## **7.2 Consecuencias del SB em las personas estudiadas**

Con relación a las consecuencias de la salud mental relacionada con el SB de los enfermeros estudiados, hemos podido constar por medio del SRQ-20 y del Corazón de Burnout (Alto CB, Bajo CB), presentan resultados significativos (respondiendo al objetivo específico 2 y la Hipótesis II).

Con los resultados de la Tabla 17, la autoevaluación por SRQ-20 de Trastornos Psiquiátricos Menores (TPM), depende de la evaluación del Corazón de Burnout (CB) de los enfermeros entrevistados. La aplicación del test de asociación de  $\chi^2$ -cuadrado nos dio resultados altamente significativos, siendo la estadística  $\chi^2 = 31,683$ , g.l.=1 y significancia p-valor=0,000 < 0,001).

En nuestro estudio observamos que, los resultados significativos para un desempeño aceptable del SRQ-20 al evaluar los TPM de los trabajadores de enfermería, podemos destacar la naturaleza múltiple de los trastornos emocionales (Tabla 15, 17 y 18), evidenciando la importancia del instrumento para apuntar los factores que, presentan características relevantes para la identificación de la salud mental en el ámbito ocupacional.

En la hipótesis II, levantamos la preocupación cuanto a los problemas relacionados a salud mental de los profesionales de enfermería donde destacamos los trastornos mentales común (TMC), enfermedad psíquica caracterizado por síntomas como ansiedad, depresión, irritabilidad, dificultad de concentración, amnesia y fatiga; síntomas referidos por Goldberg y Huxley 1992, siendo actualmente un gran problema de salud pública.

Los enfermeiros se ven obligados también a ocuparse del estrés prolongado de los enfermos, de sus familiares y de los propios colegas. Deben de aceptar que sentimientos como la depresión, la ansiedad, el miedo y la agresividad del enfermo y de los familiares se proyecten y se descarguen sobre ellos. Y de ahí provienen los comportamientos y las actitudes defensivas que tienden a objetar, despersonalizar el enfermo, impidiendo así que las vivencias emotivas se introduzcan y perjudique excesivamente la relación (Menzies, 1978).

Según la OMS, *World Health Organization* (2001), los estudios vienen sistemáticamente demostrando que la salud mental es crucial para el bien estar general de los individuos, sociedad y países. Los trastornos mentales representan algo más del 13% de la sobrecarga de las enfermedades en el mundo. A pesar de ello, la laguna entre oferta y demanda de asistencia en salud mental es grande, con estimativas de hasta 70% para trastornos de humor y 90% para los trastornos por abuso de alcohol en países desarrollados. Los datos en países en vías de desarrollo son escasos.

Para Jodas y Haddad (2009) por medio de los datos presentados, del punto de vista organizacional, el profesional en estado de *burnout* puede presentar consecuencias trabajo, afectando la calidad de asistencia de enfermería.

En el grupo consultado, para el seguimiento de disturbios psiquiátricos menores (depresión, ansiedad) utilizamos el SRQ-20 (Self-Report Questionnaire), instrumento adoptado tanto para la distribución cuantitativa de los enfermeros consultados como para las diferentes ciudades que componen el escenario del estudio.

En lo que se refiere al ambiente hospitalario (Pinhol y Araújo, 2007) destacan que la muerte, las quejas, los dolores, que se presentan como una constante en este ambiente, son capaces de desencadenar intensa angustia en aquellos que trabajan diariamente con estos factores.

De acuerdo con Araújo et al. (2003), los resultados refuerzan la relevancia de la adopción de medidas de intervención en la estructura organizacional, de modo a elevar el control sobre el trabajo y reducir los niveles de los Trastornos Mentales Comunes (TMC).

Por tanto, la correlación positiva evidencia la presencia de TMC en el grupo de enfermeros consultados en las diferentes instituciones, las cuales, por ser de atención básica, media y alta complejidad favorecen el apareamiento que compromete la salud mental de estos profesionales.

### 7.3 Relación entre los factores de SB, *Engagement* y Resiliencia

La Matriz de Correlación de Pearson, contempla informaciones sobre las correlaciones entre los factores de la escala de resiliencia, así como las medidas descriptivas, media y desvío patrón, para cada una de las variables a partir de la muestra de n=320 trabajadores del servicio público de enfermeira en ciudades del Estado de Paraíba-Brasil.

Considerando los distintos factores en relación al cuantitativo de enfermeros consultados observamos los siguientes resultados:

1. las correlaciones entre los factores de la escala de Resiliencia: Resolución, Independencia y Autoconfianza se correlacionaron negativamente con los componentes de SB: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Corazón Burnout (CE+DP) y, positivamente, con el componente Realización Profesional (RP), véase Tabla 19. Mientras que, los demás factores RAV e IND y la resiliencia presentan resultados significativos (Tabla 20).

2. Para los factores de *engagement*, Vigor, Dedicación y Absorción se correlacionaron negativamente con los componentes de SB: Cansancio Emocional (CE), Despersonalización (DP) y Corazón de Burnout (CE+DP) y, positivamente, con el componente Realización Profesional (RP), Tabla 21.

Para la variable CB hay una fuerte correlación positiva significativa con sus dos componentes: CBxDP e CBxCE, y una flerte correlación negativa significante con el componente RP de la SB: CBxRP.

De esta forma los três factores Vigor, Dedicación y Absorción presentaron resultados significativos con relación al CB (Corazón de Burnout), Tabla 22.

3. En la Tabla 23, con relación a los factores VI, DE y AB del *Engagement*, observamos significativas correlaciones negativas de los tres componentes con CB (Corazón de Burnout): CBxVI, CBxDE y CBxAB.

Con relación a los factores RAV, IND y ACCA de la escala de resiliencia, observamos correlación negativa significativa del CB con solo los dos primeros componentes: CBxRAV e CBxIND. El tercer componente ACCA presentó muy poca correlación no significativa con el CB, siendo: CBxACCA.

El tercer componente del SB, RP (Realización Profesional), presentó correlación positiva y significativa con todos los factores o componentes del *Engagement* y de la escala de resiliencia.

Se observa, correlaciones positivas y significantes entre los componentes del *Engagement* (VI, DE e AB) y, también, entre los componentes de la escala de resiliencia (RAV, IND e ACCA), bien como, correlaciones positivas y significantes entre cada componente del Cuestionario *Engagement* y cada uno de los componentes de la escala de resiliencia.

Según Snyder y Lopez (2009), el SB es cíclico. A medida que el ciclo continua, el empleado queda totalmente exhausto en cuerpo y mente, y el burnout perjudica de verdad su capacidad de realizar las tareas inherentes a su labor.

De esta forma Melillo, Ojeda y colaboradores (2007), consideran que los factores de resiliencia que enfrentan los riesgos fueron sustituidos por los factores de protección al riesgo. Los factores de protección que funcionan para neutralizar los riesgos son identificados como la inmunización al peligro.

De acuerdo con Pynoos (1993), la resiliencia permite que, no obstante a las adversidades sufridas por una persona, familia o comunidad, estas capacidades potenciales para desarrollarse y alcanzar niveles aceptables de salud y bien estar. Estas capacidades permiten tolerar, manipular y aliviar las consecuencias psicológicas, fisiológicas, comportamentales y sociales, que provienen de experiencias traumáticas.

De acuerdo con lo expuesto, los enfermeros estudiados aceptan a si mismos con sus virtudes y limitaciones y están dispuestos a tolerar las situaciones estresantes que vienen del ambiente de trabajo haciendo uso de sus factores de resiliencia y *engagement* comprobando los objetivos 3 y 4, y de la misma forma confirmando el enunciado de la Hipótesis III (*“los enfermeros que pertenecen al grupo con alto SB, medido mediante el CB, obtienen puntuaciones significativamente más bajas en resiliencia (y sus factores) que los enfermeros del grupo con bajo SB, evaluado a través del CB”*) y la Hipótesis IV (*“los enfermeros con SB obtienen puntuaciones significativamente más bajas de Engagement (vigor, dedicación y absorción) que los enfermeros que pertenecen al grupo sin SB. Es decir, el Engagement sirve como factor protector del SB en el colectivo de los profesionales de Enfermería”*).

Siguiendo el pensamiento de Sandin (2005), los dirigentes de las organizaciones (empresas) frecuentemente minimizan (o ignoran) el Burnout porque consideran que se trata de un problema individual, es decir, que no es una responsabilidad del empresario, que no afecta realmente a la organización. Las organizaciones pueden hacer mucho, especialmente en el ámbito de la prevención.

Para prevenir el burnout debería tenerse en cuenta la identificación de los valores centrales de la organización (los que guían los medios y no solamente los fines), a la aclaración de la forma de compartir, el modo como los valores son (o no son) puestos en práctica, a la creación de un sistema para resolver los continuos conflictos de un sistema para resolver los continuos conflictos (incluidos los culturales) que les afectan y a su promoción (Sandin, 2005).

#### **7.4 Relación entre el Síndrome de Burnout, las variables sociodemográficas y los factores estudiados**

Teniendo en cuenta la relación existente entre el SB, las variables sociodemográficas y los factores estudiados, observamos los siguientes resultados:

Para la variable género (Tabla 24), la división en grupo 1 – Hombres (n= 38, 88,1%), y 2 – Mujeres (n= 282, 11,9%), no hubo asociación significativa con los componentes del SB, es decir, independientemente del sexo, no hay predominancia del síndrome en uno u otro sexo.

También para la variable edad (Tabla 25) ocurrió una subdivisión: Grupo 1 -  $\leq 31$  años (n= 153, 50%), y 2 -  $> 31$  años (151, 50%), por lo tanto 16 no informaron sus edades.

Resulta que la variable edad presentó asociación significativa para Tiempo de profesión, así como el componente del SB, Baja Realización Profesional y, la dimensión de *Engagement* (Vigor). Constatamos que los enfermeros con menor edad presentaron mayores niveles del Corazón de Burnout (CB) y menores sentimientos de Realización Profesional.

Los enfermeros entrevistados se destacaron con relación a la variable Titulación (Tabla 26) en: Graduados (94, 29,4%) y con Máster (226, 70,6%), presentaron resultados significativos con relación al Tiempo de Profesión.

No hubo diferencias significativas con relación a los componentes de Burnout, Resiliencia y los componentes de *Engagement* ( Vigor, Dedicación y Absorción).

Para describir la Situación de Trabajo (Tabla 27), presentamos dos muestras: Temporales (n= 153, 50,7%) y Permanentes (n= 149, 49,3%). No informaron la situación de trabajo 18 enfermeros.

Observamos que la variable, presentó resultados significativos con relación a las variables: Edad, Tiempo de Profesión y Horas Semanales. De igual modo, para los componentes del SB (Agotamiento y Realización Profesional). Con énfasis en el tipo de situación de trabajo ya que influye de forma directa sobre los sentimientos del SB y las otras variables: Edad, Tiempo de Profesión y Horas Semanales.

Demuestra que la falta de estabilidad en el trabajo para estos profesionales repercute en su cotidiano por no tener la certeza si pueden o deben desarrollar algún tipo de iniciativa para mejorar el desarrollo de las actividades y/o asistencia. Aplicando solo las técnicas específicas cuando la institución deja disponible los equipos o materiales necesarios para el buen desempeño de su labor. Ocurre desencuentros con los compañeros, absentismo etc. Sobre todo, en los que trabajan PSF municipal cuando ocurre el cambio de los gestores y consecuentemente se realizan despidos de los profesionales en las variadas áreas.

Por otro ángulo, se estableció dos grupos para la variable Tiempo de Profesión (Tabla 28): 1 - < 3 años (n= 190, 59,4%) y, 2 - > 3 años (n= 130, 40,6%). La variable presentó resultados significativos con relación a las variables Edad y Horas Semanales, así como con los componentes del *Engagement* (Vigor y Absorción). Es decir, los enfermeros que más tiempo llevan en la profesión afirman tener menor nivel de sentimientos de Burnout.

La variable Renta (Tabla 29), fue dividida en dos subgrupos de acuerdo con las diferencias de sueldo mensuales: 1 - < 5 Salarios Mínimos Interprofesional (n= 231, 72,6%), y 2 - > 5 Salarios Mínimos Interprofesional (n= 87, 27,4%). Solo dos encuestados no informaron la renta mensual.

Resultó que la variable presentó significancia solo en relación a la variable Tiempo de Profesión. A la vez que no repercute de forma directa sobre los sentimientos de Burnout.

En los resultados de la variable Jornada Laboral (Tabla 30), presentamos dos subgrupos: 1 – una jornada (n= 72, 23,8%) y, 2 – Dos o más jornadas (n= 230, 76,2%). De los entrevistados 18 no informaron sus jornadas laborales.

Por tanto, la variable presentó resultados significativos en relación a las variables: Edad, Horas Semanales, así como con el CB y el componente Absorción de *Engagement*. Lo que viene a decir, que la jornada laboral parece repercutir de forma directa sobre los sentimientos de Burnout.

Percibimos que los distintos trabajadores asumen dupla jornada laboral a merced de los bajos sueldos del profesional de Enfermería. Teniendo en cuenta que la profesión de enfermería se realiza eminentemente por mujeres y ellas tienen los trabajos del hogar y en su mayoría son mantenedoras del hogar.

Con respecto a la variable Horas Semanales (Tabla 31), destacamos dos subgrupos: 1 - < 30 horas (n= 156, 51,0%) y 2 -  $\geq$  30 horas (n= 150, 49,0%). Las horas de trabajo no fueron informadas por 14 enfermeros.

De este modo, las horas semanales trabajadas presentó resultados significativos solo con respecto al componente de *Engagement* (Absorción).

Percibimos que la cantidad de horas semanales trabajadas parece no repercutir de forma directa sobre los sentimientos de Burnout, así como en los niveles de resiliencia y todas las otras variables estudiadas.

### **7.5 Comparación entre los enfermeros con Alto vs Bajo Corazón de Burnout y las variables estudiadas**

En la Tabla 32, observamos que la variable Corazón de Burnout fue establecida en dos submuestras o subgrupos a partir de los puntos de corte por los percentiles P<sub>33</sub> y P<sub>66</sub>: Bajo ( $\leq$  10), (n = 117, 52,5%) y Alto ( $\geq$  22) (n = 106, 47,5%), presentó resultados significativos (p-valor < 0,05) para la casi totalidad de las variables analizadas, con excepción de las variables Tiempo de Profesión, Horas Semanales y el componente de la escala de resiliencia, ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación.

En la tabla destacamos que los enfermeros con bajo CB tuvieron predominancia para la variable sociodemográfica Edad. Se observa además, que en relación al componente Realización Profesional de SB, los enfermeros con bajo CB presentaron mejores *scores*. Los componentes de *Engagement* (Vigor, Dedicación y Absorción) presentaron mejores *scores* para enfermeros con bajo CB. Además, el *score* total y los componentes ID: Independencia y Determinación; ACCA: Autoconfianza y Capacidad de Adaptación de la Escala de Resiliencia.

Hemos comprobado que la literatura nos orienta que primeramente, hay varias evidencias empíricas de que el agotamiento y la deshumanización se constituyen como el centro del SB (Corazón del Síndrome de Burnout), mientras que la falta de eficacia profesional no participa de forma tan prominente (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Shirom, 2002).

En segundo lugar, se encontró en entrevistas y discusiones con trabajadores y supervisores, que más que eficacia, el *engagement* se caracteriza particularmente por la persona estar sumergida en su trabajo, un estado que se denomina absorción. La Absorción es un aspecto distinto del *engagement* en el trabajo que no se considera el opuesto de ineficacia profesional.

La relación del *engagement* en el trabajo y Burnout, identifica causas y consecuencias del *engagement* y dicta el papel del *engagement* en procesos más complejos relacionados a la salud y bien estar del trabajador (Angst, Benevides-Pereira y Porto-Martins, 2009, p. 8).

Para Melillo, Ojeda y colaboradores (2007), tras la identificación del SB y la resiliencia es necesario que exista adaptación positiva. Esta identificación puede ser determinada por el desarrollo de algunos aspectos del individuo o por la ausencia de conductas disruptivas.

Los autores referenciados, orientan a que en ambos casos, es necesario considerar que el concepto de desarrollo normal puede particularizar cada grupo cultural, que la resiliencia puede observarse en conductas o en áreas específicas del desarrollo humano y que es necesario fortalecer la resiliencia a lo largo de todo el ciclo vital.

## **Capítulo 8. Conclusiones**

Los resultados obtenidos en la presente investigación apuntan a la existencia de diferentes niveles de Burnout en función del nivel de complejidad que implican las tareas llevadas a cabo por los enfermeros. Así mismo, hemos podido observar la existencia de una relación negativa entre los niveles de resiliencia y el grado de SB manifestados por los enfermeros.

Cabe resaltar que es necesario una intervención para preparar al personal de enfermería, como forma de erradicar y/o mitigar el SB, en los contingentes acometidos. No obstante, la prevención es importante como forma de protección a los que no padecen este síndrome; por lo tanto podemos concluir que:

- 1 – La complejidad de las actividades desempeñadas por los enfermeros, frente a otros factores predictores, contribuyó a generar los valores encontrados de SB.
- 2.- Los mayores niveles de SB originó, en la muestra de enfermeros estudiada, mayores trastornos mentales menores.
- 3 – Los trabajadores que sufren de Síndrome de Burnout diferente de los que presentan el *engagement* desprenden una energía y están conectados con el trabajo.
- 4 – La resiliencia ejerce un papel importante en la protección contra el SB, en la medida que los enfermeros que manifestaron mayores niveles de resiliencia tenían, a su vez, menores niveles de SB.

Así pues, a la luz de estos resultados podíamos señalar que los profesionales de enfermería de las diferentes ciudades y instituciones hospitalarias estudiadas necesitan de políticas públicas para aumentar la preocupación por los problemas relacionados a la salud mental y las consecuencias del SB, relacionadas al individuo o la categoría en relación a los índices emocional, actudinal, conductual y somático.

Así pues, las organizaciones tienen que desarrollar un plan de trabajo para disminuir o amenizar: el deterioro de la calidad asistencial, la baja satisfacción laboral, el absentismo laboral elevado y la disminución de la calidad de vida laboral.

En este sentido, resulta crucial que las organizaciones emprendan programas de intervención preventiva y/o curativa sobre el SB. Por ejemplo, siguiendo nuestros resultados, los gestores pueden desarrollar programas de formación, destinados a aumentar el *engagement* y la resiliencia de su trabajadores, ya que poseer mayores niveles de resiliencia permite a los trabajadores lidiar mejor con los agentes estresantes personales asociados al trabajo y por tanto, manifestar menores niveles de SB.

Sugerimos la creación de un Núcleo de Asistencia Psicosocial (NAP), para desarrollar acciones a nivel institucional con el abordaje interdisciplinar, incluyendo médicos, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, educadores físicos y otros profesionales que se dispongan a manejar y entrenar estrategias de abordaje y/o prevención del estrés/burnout de los enfermeros del estado de Paraíba.

Teniendo como referencia la propuesta presentada por Lipp (1996, p. 208) para poder manejar estresores originados en el proceso de trabajo, describimos un conjunto de actividades/técnicas, teniendo en cuenta el control del estrés/burnout en los enfermeros estudiados:

- técnicas cognitivas de como controlar la tensión muscular, problemas con la memoria, insomnio, aumento súbito de la motivación y para iniciar nuevos proyectos, sensación de desgaste físico, irritabilidad excesiva, cansancio excesivo, angustia, sobrecarga de trabajo, autoritarismo y administración del tiempo, para reducir el estrés, relacionados a las mayores fuentes de estrés inherentes al trabajo de los enfermeros;
- entrenamiento de asertividad con el objetivo de ayudar a los enfermeros a arreglar con menos conflicto los problemas del cotidiano en su trabajo;
- técnicas de relajación;
- ejercicio de relajación por medio de la desensibilización del miedo de la muerte;
- la importancia de la alimentación en el control del estrés;
- la importancia del ejercicio físico en el control del estrés;
- medidas de autocontrol para manejar el estrés en el nivel de la administración y de la organización, utilizando técnicas de reestructuración cognitiva;

De suma importancia para que los gestores asimilen este conjunto de actividades/técnicas para eliminar o disminuir el nivel del SB no solo en la categoría enfermería sino también con cultura institucional para todas las categorías institucionales que presenten o no sintomatología del síndrome y despertar la resiliencia y el *engagement* en los trabajadores visando calidad de vida y calidad en las asistencias a los usuarios.

## **Capítulo 9. Referencias bibliográficas**

- Albanessi de Nasetta, S., Tifner, S., Nasetta, J. (2005). Estrés laboral en los profesionales de la salud. *Revista Asociación Odontológica*, 93(2), 125-130.
- Andrade, A. de C. (2006). A enfermagem não é mais uma profissão submissa. *Revista Brasileira Enfermagem*, 60(16), 96-8.
- Angst, R, Benevides-Pereira, A. N. y Porto-Martins, P. C. (2009). Utrecht work engagement scale. Occupational Health Psychology Unit Utrecht University. Extraído em 18 de novembro de 2015, de <http://www.schaufeli.com/.../tests/Test%20manual%20UWES%20Brazil.pdf>
- Aranda, C., Pando, M., y Pérez, M. B. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud*, 14(1), 79-88.
- Araújo T. M. (1999). *Distúrbios psíquicos menores entre mulheres trabalhadoras de enfermagem*. Tesis Doutoral, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Araújo, T. M., Aquino, E., Menezes, G., Santos, C. O. y Aguiar, L. (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista Saúde Pública*, 37 (4), 424-433.
- Arita, B., y Arauz, J. (1999). Afrontamiento, estrés y ansiedad asociado al síndrome de burnout en enfermeras. *Psicología y Salud*, 14, 87-94.
- Aroian, K. J., Schaooker-Morris N., Neary S., Spitzer, A. y Tran, T. V. (1997) *Psychometric evaluation of the Russian language version of the resilience scale*. *Journal of Nursing Measurement*, 5, 151-164.
- Arroyo, J. (2004). *Síndrome de Burnout*. Projeto Educação, Copyright, 2004.
- Astorga, C. M. (2005). *Estrés, Burnout y Mobbing. Recursos y estrategias de afrontamiento*. Salamanca: Amarú Ediciones. Colección Psicología.
- Balogun, J. A., Helgemoe, S., Pellegrini, E., & Hoerberlein, T. (1996). Academic performance is not a viable determinant of physical therapy student's burnout. *Perceptual and Motor Skills*, 83, 21-22.
- Barbosa, G. A. (Coord.). (2007). *A saúde dos médicos no Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Barboza, D. B., y Soller, Z. A. S. G. (2003). Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 11(2), 177-183.
- Barreto, L. de G. B. (1995). *História da medicina em Cajazeiras*. Recife: Editora Universitária UFPE.
- Barros, D. de S. et al (2008). Médicos plantonistas de unidade de terapia intensiva: perfil sócio-demográfico, condições de trabalho e fatores associados à síndrome de burnout *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 20(3), 235-240.
- Batista, P. S. S., y Costa, S. F. G. (2002). *Ética no cuidar em enfermagem*. João Pessoa: Idéia.

- Benner, P., Tanner, C. A. y Chesla, C. A. (1996). Expertise in nursing practice, Springer, Nueva York. Untherorized dimensions of caring work: Caring as structural practice and caring as a way of seeing, *Nursing Administration Quarterly*, 17(1993), 1-10.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma and human resilience. Have we underestimated the human capacity to drive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28.
- Borges, L. (2002). A síndrome de Burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 189-200.
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T. y Baker, M. C. S. (2006). Os valores organizacionais e a Síndrome de Burnout: dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia Reflexiva Crítica*.19(1)----.Extraído em 25 de março de 2015, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-797220060000100006&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-797220060000100006&Ing=pt&nrm=iso)
- BRASIL, Ministério da Saúde. (2004). Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2006). *Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. Política nacional de atenção básica.
- Brasil (2007). *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS.
- Brasil (1990). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DOU, 20 set 1990. Extraído em 22 de abril de 2015, de <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8080.htm>
- Buckingham, M., y Coffman, C. (1999). First, break all the rules: What the world's greatest managers do differently, Nueva York: Simon y Schuster.
- Campoy, M. A. (2012). Estresse e trabalho. En: Ribeiro, M. C. S. Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores (pp 151-165). São Paulo: Martinari.
- Cappila, P. R. (2000). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. *Revista Fundación*, Facultad de Medicina, 58, 13-34.
- Carlotto, M. S., Camara, S. G. (2007). Preditores da Síndrome de Burnout em professores. *Revista Semestral de la Asociación Brasileira de Psicología Escolar y Educaciona*.11,101-110.
- Carlotto, M. S. (2010). A relação profissional-paciente e a síndrome de Burnout. Encontro – Revista de Psicologia, São Paulo: 12(17)---. Extraído em 30 de abril,2015, de <http://sare.unianhanguera.edu.br/index.php/rencp/article/viewPDFInterstitial/784/849>
- Carmello, E. (2008). *Resiliência: a transformação como ferramenta para construir empresas de valor*. São Paulo: Editora Gente.

- Carvalho, G. I., y Santos, L. (2001). *Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde* (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90). (3ª ed.), Campinas, SP: Unicamp.
- Carvalho, G. L., y Meira, G. de M. (2009). *Perfil epidemiológico dos pacientes com fratura de fêmur do Hospital de Emergência e Trauma Senador Huberto Lucena, João Pessoa*. Tesis de Máster. ASPER (Associação Paraibana de Ensino Renovado).
- Carvalho, C. G. y Magalhães, S. R. (2011). Síndrome de Burnout e suas consequências nos profissionais de enfermagem. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*: 9(1)200-210, jan./jul.
- Carver, C. S. (1998). Resilience and thriving: issues, models, and linkages. *Journal of Social Issues*, 54(2), 245-266.
- Cedeño, E. y Brandt Toro, C. (2002). *Síndrome de burnout en los residentes de postgrado de medicina familiar y en los médicos familiares en Venezuela*. *Medicina y familia*, 10(2), 91-99.
- Chacón, M., Grau, J., Hernández, L., Hernández, E., y Román, J. (2005). El desgaste profesional o burnout como problema de la Psicología de la Salud: su control en los equipos de salud. En E. Hernández y J. Graus (Eds.), *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 641-677), Guadalajara: Editorial de la Universidad de Guadalajara.
- Codo, W. (2002). Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em saúde mental. En: M. G., JACQUES y W., CODO, (Orgs.) *Saúde mental & trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes, 173-90.
- Conselho Federal de Enfermagem – COFEN, (2000). *Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. Rio de Janeiro (RJ): Gráfica COFEN, 2000.
- Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. *Resolução 311/2007*. Extraído em 01 de maio, 2015, de <http://www.portalcofen.gov.br>
- Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução COFEN nº 272/2002*. Extraído em 22 de junho, 2015, de <http://www.portalcofen.com.br/novoportal/>
- Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução nº 195, de 18 de fevereiro de 1997*. Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro. Extraído em 21 de maio, 2015, de <http://www.portalcoren-rs.gov.br/>
- Conselho Federal de Enfermagem. *Resolução nº 271, de 12 de julho de 2002*. Regulamenta ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Extraído em 21 de maio, 2015, de <http://www.portalcoren-rs.gov.br/>
- Conselho Nacional de Saúde (Brasil) – CNS (2012). *Resolução nº 466/12*. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União.
- Corrobles, J. A. y Benevides-Pereira, A. M. T. (2009). El estrés y la psicología positiva. En: Fernández-Abascal, E. G. (Coord.), *Emociones Positivas* (pp. 363-374), Madrid: Ediciones Pirámide.

- Couto, M. C. P. P., Koller, S. H., y Novo, R. F. (2006). Resiliência no envelhecimento: Risco e Proteção. En: D.V. S., Falcão y C. M. S. B., Dias (Org.). *Maturidade e Velhice, pesquisas e intervenções psicológicas*. II, 315-337. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo.
- Czikszenmihalyi, M. (1990). *Flow, the psychology of optimal experience*, Nueva York: Harper y Row.
- Csikszenmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist*, 54(10), 821-827.
- De Souza, H. H. F. (2010). Biografia.Henfil. Extraído em 12 de março, 2015, de <http://www.educacao.uol.com.br/biografias/ult1789u406.jhtm/>
- De Souza, H. J. (2010). Biografia. Betinho. Extraído em 12 de março, 2015, de <http://www.e-biografias.net/biografias/betinho.php/>
- Dejours, C. (1987). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Oboré.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Janssen, P. P. M., & Schaufeli, W. B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27, 279-286.
- Díaz Echenique, M. S. (2008). *Satisfaccção laboral y síndrome de desgaste laboral en enfermeras profesionales que trabajan en Servicios Públicos de salud de Córdoba, Capital*. Presentada en la Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas para obtención del Grado de Maestría, 2008. 72 p. tab.
- Díaz, M. D.M. (2009). Emociones positivas y salud. En: E. G. Fernández-Abascal (Coord). *Emociones positivas*. Madrid: Editora Pirámide.
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*, Human Sciences, Nueva York
- Edward, K. L. (2005). The phenomenon of resilience in crisis care mental health clinicians. *International Journal of Mental health Nursing*, 14(2), 142-148.
- Escribà-Agüir, V., Artazcoz, L., Pérez-Hoyos, S. (2008). Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfaccção laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas. *Gaceta Sanitaria*, 22(4), 300-308.
- Farias, J. A. (2007). *Estresse vivenciado pelos enfermeiros do Hospital Universitário Lauro Wanderley*. Tesis de Máster. Universidad Federal de Paraíba. João Pessoa: 189p.
- Fávero, L. P., Belfiore P., Silva, F. L., Chan B.L. (2009). ANÁLISE DE DADOS: Modelagem Multivariada Para Tomada de Decisões. CAMPUS, Elsevier Editora Ltda. Rio de Janeiro, RJ.
- Fernandes, S.R.P., De Pace, D.M.T., Passos, M.F.D. (2002). Organização e condições de trabalho em telemarketing: Repercussões na saúde psíquica dos trabalhadores. En: M. G., Jaques y W., Codo. *Saúde mental e trabalho: leituras*. Petrópolis: Vozes.
- Ferraris, O. (2003). *La forza d'animo. Cos'è e come possiamo insegnarla a noi stessi e ai nostri figli*, Milan: Rizzoli.
- Foucault, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

- Frese, M., y Fay, D. (2001). "Personal initiative: An active performance concept for work in the 21st century". En: B. M. Staw y R. M. Sutton (eds.), *Research in Organizational Behavior* (Vol. 23, pp. 133-187). Amsterdam: Elsevier.
- Fredrickson, B. L. y Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678-686.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-163.
- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 12, 73-82.
- Furtado, B. M. A. S. M, Araújo, J. L. C. y Cavalcanti P. (2004). O perfil da emergência do hospital da restauração: uma análise dos possíveis impactos após a municipalização dos serviços de saúde. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 7(3), 279-289.
- Gandini, B. J., Paulini, S. S., Irusta, M. J., Sales, J., Freites, L. (2006). El desgaste profesional o síndrome de estrés laboral asistencial (o Burnout) entre los profesionales de la salud de la ciudad de Córdoba. *Revista Facultad Ciencias Médicas*, 63(1), 18-25.
- Germano, R. M. (1985). *Educação e ideologia da enfermagem no Brasil* (2ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Gil Monte, P., y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil, A. C. (2007). *Método e Técnicas de Pesquisa social* (5ª ed. 8ª reimp.). São Paulo: Atlas.
- Gil-Monte, P. R. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. Extraído em 30 de abril, 2015, de <http://www.psicologiacientifica.com/>
- Gil-Monte, P. R. (2002). *Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory: general Surrey*. *Salud Pública de México*, 44, 33-40.
- Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo en enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy* 1(1), 19-33).
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*, España: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R.; García-Jueas, J. A.; Hernández, M. C. (2008, Abril). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: a study in nursing professionals. *Interamericana Journal Psychology*, 42(1), 113-118.
- Giordano, B. (1997). Resilience: a survival tool for the nineties. *Association of Perioperative Registered Nurses Journal*, 65, 1032-1036.
- Glasberg, J., Horiuti, L., Novais, M. A. B., Canavezzi, A. Z., Miranda, V. da C., Chicoli, F. A., Gonçalves, M. S., Bensi, C. G., Del Giglio, A. (2009). Prevalence of the burnout syndrome among Brazilian medical oncologists. *Revista Associação Médica Brasileira*, 53(1), 85-89.

- Glina, D. M. R., Rocha, L. E., Batista, M. L., Mendonça, M. G. V(2001). Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexso com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Caderno Saúde Pública*, 17(3), 607-616.
- Goldberg, D. y Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: a biosocial model*. London (UK): Tavistock.
- Grau Alberola E., Gil-Monte P., Jueas, Antonio García J. y Ferraz, Figueiredo H. 2009. Efectos de los Conflictos Interpersonales Sobre el Desarrollo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) y su Influencia Sobre la Salud. Un Estudio Longitudinal en Enfermería. *Ciencia Trabajo*, 11(32), 72-79.
- Grau, J., y Chacón, M. (1999). El desgaste profesional (burnout) en los equipos de cuidados paliativos: ¿Mito o realidad? En: M. Gómez Sancho (Coord.). *Medicina Paliativa en la Cultura Latina* (pp. 1005-1020). Madrid: Arán.
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit. The International Resilience Project*. Bernard Van Leer Foundation. Holanda: La Haya.
- Gruhl, M. (2009). *El arte de rehacerse: la resiliencia*. Santander: Editorial SAL TERRAE.
- Guerrero, E., y Rubio, J. (2005). Estrategias de prevención e intervención del “burnout” en el ámbito educativo. *Revista Salud Mental*. 28(5), 27-33.
- Gutiérrez, Alanis, M. T. y Martínez Alcántara, S. (2006). *Burnout en enfermeras oncológicas mexicanas*. Salud y trabajo. 14(10), 19-30.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham R. L., Black, W. C. (2005). ANÁLISE MULTIVARIADA DE DADOS. 5ª. Edição, Bookman - Artmed Editora S.A., Porto Alegre, RS.
- Harding, T.W., Arango, M. V., Baltazar, J., Climent, C. E., Ibrahim, H. H. A. y Ladrido-Inacio, L. (1980). Mental disorders in primary health care: a study of the frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychological Medicine*, 10, 231-241.
- Hernández, P. (2002). Estudio descriptivo del síndrome de burnout en personal de salud del Hospital Militar de Bogotá. *Acta Colombiana de Psicología*, 7, 71-84.
- Howard, S., y Johnson, B. (2004) Resilient teachers: Resisting stress and burnout. *Social Psychology of Education*, 7(4), 399-420.
- IBGE(2010). *Indicadores sociais municipais*. Brasil. Extraído em 10 de dezembro, 2011, de [http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados\\_divulgados/index.php?uf=25](http://www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=25)
- Iwanicki, E. F. (1983). *Toward understanding and alleviating teacher burnout: Theory into practice*, 22(1), 27-32.
- Jenaro, C., Flores, N., Orgaz., M.B. & Cruz, M. ( 2011). Vigour and dedication in nursing professional: towards a better understanding of work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 865-875.
- Jodas, D. A., y Haddad, M. do C. L. (2009). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermería*, 22(2), 192-197.

- Jofré A., Viviane; Valenzuela S., Sandra (2005, outubro). Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Aquichan*, 5(1), 56-63.
- Kobasa, S. C. (1979a). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kobasa, S. C. (1979b). Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology*, 7, 413-423.
- Koeske, G. F., & Koeske, R. D. (1991). Student “burnout” as a mediator of the stress-outcome relationship. *Research in Higher Education*, 32, 415-431
- Lara, Silvana de (1999). *A Síndrome de "Burnout" em profissionais da área de saúde mental. Tesis de Máster. Curitiba: Universidade Federal do Paraná.*
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). Estrés y proceso cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- Lee, R. T. y Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlatos of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 2, 123-133.
- Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the Burnout constructo across occupations. *Anxiety, Stress and Coping*, 9, 229-43.
- Leon, S. C., Visscher, L., Sugimura, N. y Lakin, B. L. (2008). Person–Job Match Among Frontline Staff Working in Residential Treatment Centers: The Impact of Personality and Child Psychopathology on Burnout Experiences. *American Journal of Orthopsychiatry*. 78(2), 240-248..
- Lima, C. B. de (Org.). (2001). *Regulamentação do exercício da enfermagem*. João Pessoa: J.B.
- Lipp, M. E. N. (Org. 1996). Pesquisa sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. São Paulo: Papirus.
- Lobo, F. S., Lima, I. F. dos S., y Acioli. K. L. B. O. (2011). Pacto pela Saúde. En. Aguiar, Z. N. (Org.), SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari. 97-114.
- Lodahl, T. M. y Kejner, M. (1965). “The definition and measurement of job involvement”. *Journal of Applied Psychology*, 49, 24-33.
- Luthans, F. (2002). The need for and meaning of positive organizational behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 23, 695-706.
- Maddi, S. R. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theorizing, research, and practice. *Consulting Psychology Journal*, 54, 173-185.
- Maddi, S. R., y Khoshaba, D. M. (1984). Hardiness and mental health. *Journal of Personality Assesment*, 63(2), 265-274.
- Maddi, S.R y Kobasa, S. (1984). *The Hardy Executive: Health under Stress*. NY: Irwin Professional Pub.
- Mari J. J., Iacopini E., Williams P., Simões O, Silva J. B. T. (1987). Detection of Psychiatric Morbidity in the Primary Medical Care Settings in Brazil. *Revista Saúde Pública*, (21), 501-507.

- Mari, J. J., y Williams, P. A. (1986). A validity study of a Psychiatric Screening Questionnaire (SRQ 20) in primary care in city of São Paulo. *Brazil. Journal of Psychiatry*, 148, 23-26.
- Maroco, J., Tecedeiro, M., Martins, P. e Meireles, A. (2008). O Burnout como fator hierárquico de 2ª ordem da escala de Burnout de Maslach. *Análise Psicológica*. 4(XXVI):639-649.
- Martinez, L. F., y Ferreira, A. I. (2007). *Análise de dados com SPSS – primeiros passos*. Cidade: Escolar Editora.
- Martins, M. C. A. (2005). *Factores de riscos psicossociais para a saúde mental*. Instituto Superior Politécnico de Educação Ciência Tecnologia, 31, 45-51.
- Maslach, C. (1976). *Burned-out*. *Humanistic Behavior*, 5, 16–22.
- Maslach, C. (1978). *The client role in ataff burn-out*. *Journal of Social Issues*. 34(4), 111-124.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. En: W. B, Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout, recent developments in theory and research*. Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Maslach, C. (2003). *Burnout. The cost of caring*, Cambridge, M. A.: Malor.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133–153.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2ª ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Maslach, C., y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory. Manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., y Jackson, S. E. (1997). *MBI. Inventario Burnout de Maslach*. Madrid: TEA Ediciones.
- Maslach, C., y Leiter, M. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Maslach, C., y Leiter, M. P. (1999). *Trabalho: Fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa*. Campinas, SP: Papirus.
- Master, A. S., & Reed, M. G. J. (2002). Resilience in development. In: Snyder, C. R y Lopez, S. J. (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 74-88). New York: Oxford University Press
- McCarthy, M. E., Pretty, G. M., & Catano, V. (1990). Psychological sense of community and student burnout. *Journal os College Student Development*, 31, 211-216.

- McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annual Review of Psychology*, 54, 229 -252.
- Medeiros, S. M., Ribeiro, L. M., Fernandes, S. M. B. A., Veras, V. S. D. (2006). Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano.. *Revista Eletronica de Enfermeria*. 8(2),233-240.
- Mellilo, A., Ojeda, E. N. S y Col. (2005). Resiliencia: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed.
- Menezes de Lucena, V. A., Fernández-Calvo, B., Hernández Martín, L., Ramos, F., y Contador, Castillo, I. (2006). Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos, *Psicothema*, 18(4), 791-796.
- Menzies, I. E.P. (1978). I sistemi social come difesa dall'ansia. Studio sul servizio infermieristico di un ospedale generale, en AA.VV., Malattia e ospedalizzazione. Problemi psicologici, Vita e Pensiero, Milán.
- Ministério da Saúde – BR (1998). Portaria n. 3.908/GM, de 30 de outubro de 1998. Estabelece procedimentos para orientar e instrumentalizar as ações e serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União (DOU), Poder Executivo, Brasília, DF, 10 nov. 1998. N. 215-E, Seção 1, p.17 [documento da internet]1998. Extraído em 25 de abril, 2015, de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/06\\_0442\\_M.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/06_0442_M.pdf)
- Ministério da Saúde – BR (1999). Portaria n. 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referencia dos agravos originados no proceso de trabalho no Sistema Único de Saúde, para uso clínico e epidemiológico, constante no Anexo I desta Portaria [documento da internet]1999. Extraído em 25 de abril, 2015, de [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339\\_18\\_\\_11\\_1999.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18__11_1999.html)
- Ministério da Saúde (2001). Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Morais, N. A., y Koller, S. H. (2004). Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: Ênfase na saúde. En. S. H. Koller (Org.), *Ecologia do desenvolvimento humano: Pesquisas e intervenção no Brasil* (pp. 91-107). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Moreno-Jiménez, B., y Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En M. A. Simón (coord.). *Manual de Psicología de la Salud* (pp. 739-764). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Murofese, N. T., Abranches, s. s. y Napoleão, A. A. (2005). Reflexão sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Revista Latino americana Enfermagem*, 13(2):255-61.
- Navarro, V. (2010). *Síndrome de Burnout o quemazón profesional*. Extraído em 04 de setembro, 2014, de <http://www.intermedicina.com/avances/interes-general/>
- Nunes, M. L. (2008). As influencias do ambiente de trabalho no surgimento da síndrome de Burnout. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva: Saúde da Família). Universidade

- do Extremo Sul Catarinense, Criciúma. Extraído em 15 de abril, 2015, de <http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/000037/00003786.pdf>
- Ordenes D., Nadia (2004). Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Revista Chilena Pediatría*, 75(5), 449-454.
- Organización Mundial de la Salud (1948). *Constitución de la OMS*. Ginebra: OMS.
- Padilha, M. I. C. S., Nazario N. O., Moreira M. C. A. (1997). Compreensão do ideário da enfermagem para a transformação da prática profissional. *Revista Brasileira Enfermagem*, 50(3), 307-322.
- Pando, M. M., Bermúdez, D., y Aranda, B. C. (2000). El síndrome del quemado en los trabajadores de la salud. *Salud y trabajo*, 1, 12-15.
- Park, N. y Peterson, C. (2003). Virtues and organizations. En: K. S. Cameron, J. E. Dutton, y R. E. Quinn (eds.), *Positive organizational scholarship: Foundations of a new discipline* (pp. 33-47). San Francisco, Barrett-Koehler.
- Parada, M. E., Moreno B., Reyla, M. M., Zurayma, R. F., Andreína, R. F., Fernando, C. S., Jorge, R. P., Fernando (2005). *Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA)*, Mérida, Venezuela, 23(1), 33-45.
- Parse, R. (1998). *The Human Becoming School of Thought: a Perspective for Nurses and other Health Professionals*. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Pascoal, F. F. S. (2008). *Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família: risco de adoecimento mental*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 126p.
- Pelsman, D. M., Roland, B., Tollefson, N., & Wigington, H. (1989). Parent burnout: Validation of the Maslach burnout Inventory with a sample of mothers. *Measurement & Evaluation in Counselling & Development*, 22, 81-87.
- Peñacoba, C., y Moreno, B. (1998). El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de psicología*, 55, 61-96.
- Pera, G. y Serra-Prat. M. (2002). Prevalência del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*, 16 (6),480-486. Barcelona.
- Pereira. A. M. T. B.. ((2008). Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador. 3 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo. Extraído em 22 de março, 2015, de [http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2004/saude\\_mental/anais/artigos/2.pdf](http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2004/saude_mental/anais/artigos/2.pdf)
- Pérez Sales, P., y Vázquez, C. (2003). Emociones positivas: trauma y resistencia. *Ansiedad y Estrés*, 9 (2/3), 231-254.
- Pérez, J. M. (2001). El síndrome de burnout (quemarse en el trabajo) en los profesionales de la salud. *Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la USAL*, II(5).
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., y Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e Proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143.

- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V. y Carvalhaes, R. (2005, Março/ Abril). *Cross-cultural adaptation, reability and validity of the resilience scale*. Rio de Janeiro: Caderno Saúde Pública. 21(2), 436-448.
- Pines, A., y Aronson, E. (1988). *Career Burnout. Causes and cures*. Nueva York: The Free Press.
- Pinheiro, D. P. N. (2004). A resiliência em discussão. *Psicologia em Estudo*, 9, 67-75.
- Pinhol, P. S. y Araújo, T. M. (2007). Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. *Revista Enfermagem*. UERJ, 15(3), 329-336.
- Pitta, A. (1990). *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Poletto, M., e Cols (2004, Setembro/ Dezembro). Resiliência e desenvolvimento infantil de crianças que cuidam de crianças: uma visão em perspectiva. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 20(3), 241-250.
- Polleto, M., Wagner, T. M. C. y Koller, SH (2004). Resiliência e desenvolvimento infantil de crianças que cuidam de crianças: uma visão em perspectiva. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, 20(3), 241-250.
- Poseck, B. V. (2008). *Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología*. Calamar Ediciones. Madrid.
- Pynoos, R. S. (1993). Posttraumatic stress disorders. A clinical review, Sydnou Prees. Lutherville.
- Raffone, A. M. y Hennington, E. A. (2005). Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Revista Saúde Pública*, 39(4), 669-676.
- Ramalho, M. A. N. y Nogueira-Martins, M.C. F. (2007). Vivências de profissionais de saúde da área de oncologia pediátrica. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 12, (1), 123-132
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid: UNED-FUE.
- Ramos, F. y Buendía, J. (2001). El síndrome de burnout: concepto, evaluación y tratamiento. En. J. Buendía y F. Ramos (Coor.). *Empleo, Estrés y Salud*, (pp. 33-57), Madrid: Pirámide.
- Ribeiro, G. S. (Org. 2003). Aspectos éticos, legais e disciplinares do exercício da enfermagem no Brasil. João Pessoa: Idéia.
- Rizzotto, M. L. F. (2006). Resgate histórico das primeiras semanas de enfermagem no Brasil e a conjuntura nacional. *Revista Brasileira Enfermagem*. 59, 423-7.
- Rocha, J. G. D. da. (2004). Perfil epidemiológico das vítimas de acidentes de motocicletas: estudo no H.E.T.S.H.L., João Pessoa, 54p. Monografia para Bacharel em Fisioterapia – Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.
- Rodrigues, C. R. F. (2011). Do Programa de Saúde da Família à Estratégia Saúde da Família. En. Aguiar, Z. N. (Org.), SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios. São Paulo: Martinari. 117-134.
- Rodríguez, A. M., Pedreros, M. C., Merino, J. M. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y Enfermería*, XIV (2) 75-85.

- Roger, M. C., Abalo, J. G., Abreu, M. C. L. y Abalo, R. G. (2007). Al control del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en el personal de enfermería oncológica: un programa de intervención. En Gil-Monte, P. R. y Moreno-Jiménez, B. (Coord.), *El síndrome de quemarse por el trabajo (Bournout): grupos profesionales de riesgos*. Madrid: Ediciones Pirámide. 261-275.
- Rojas, M. C. G.; Soto, P. A. M.; Fuenzalida, M. del P. P. (1999). *Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería del Hospital de Urgencia Asistencia Pública Dr. Alejandro del Río Santiago de Chile*. Tesis de Doctorado. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Román, J. (2003). Estrés y burnout en médicos y enfermeros de primer e segundo nivel de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29, 103-110.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1(47), 598-611.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Sá, L. O. (2006). Burnout e controle sobre o trabalho em enfermagem – resultados. *Enfermagem Oncológica*, 34, 15-24.
- Salanova, M., Agut, S., & Pieró, J. M. (2003). Linking organizational facilitators and work engagement to extrarole performance and customer loyalty: The mediating role of service climate. *Aguardando publicação*.
- Salanova, M., Brescó, E., & Schaufeli, W. B. (2005). Hacia un modelo espiral de las creencias de eficacia en el estudio del burnout y engagement. *Ansiedad y Estrés*, 11, 215-231.
- Salanova, M. y Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67.
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Pieró, J. M., & Grau, R. (2001). Desde el “burnout” al “engagement”: una nueva perspectiva [From burnout to engagement: A new perspective]. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16, 117-134.
- Salanova, M., y Schaufeli, W. B. (2009). *El engagement en el trabajo: cuando el trabajo se convierte en pasión*. Alianza Editorial, S.A., Madrid.
- Salas, Adriana Marcato y Gordillo. Ma. de los Dolores Ramírez (2009). El síndrome de desgaste profesional (SDP) en docentes de educación básica secundaria en la ciudad de Aguascalientes. *Artículo. X Congreso Nacional de Investigación Educativa / área 16: sujetos de la educación*.
- Sandin, L. (2005). *Ayuda sin quemarse: cómo superar el burnout en las profesiones de ayuda*. 5ª edición. Madrid: San Pablo.
- Sandoval Carmona, C., Sanhueza Acuña, L., Borjas Sepúlveda, R., González Sanhueza, P., Odgers Ascencio, C., Najafzadeh-Tabrizi, Sahba Sedaghat (2006). *Síndrome de Burnout en el personal profesional del Hospital de Yumbel*. Cuaderno de medicina y sociedad. (Santiago de Chile), 46(4), 268-273.
- Santinello, M. y Vieno, A. (2003). Garantire, comunque, il sostegno, in le vittime del mobbing. *Relazioni di lavoro che creano malessere, Famiglia oggi* 1, 44-47.

- Santos, K. O. B., Araújo, T. M., Oliveira, N. F. (2009). Estrutura fatorial e consistencia interna do *Self-Reporting Questionnaire* (SRQ-20) em população urbana. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(1):214-222.
- Schaufeli, M., Taris, T. W., y Bakker, A. (en prensa). It takes how to tango: Workaholism is working excessively and working compulsively. En: R. Burke y C. L. Cooper (eds.), *Effects of working hours and work addiction: Strategies for dealing with them*. Londres: Elsevier.
- Schaufeli, W. B. & Bakker, A. B. (in press). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*.
- Schaufeli, W. B. y Salanova, M. (2007). Work Engagement: an emerging psychological concept and its implications for organizations. En: S. W. Gilliland; D. D. Streiner y D. P. Skarlicki (eds.), *Managing Social and Ethical Issues in Organizations. Volumen 5: Research in Social Issues in Management*.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2001), Werk en welbevinden: Naar een positieve benadering in de Arbeidsen Gezondheidspsychologie [Work and well-being: Toward a positive approach in Occupational Health].
- Schaufeli, W. B., Martinez, I. M., Marques Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and engagement in university students: a cross national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 464-481
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., González-Romá, V., y Bakker, A. B. (2002). The mensuarement of burnout and engagement: A confirmative analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W. & Van Rhenen, W. (2003). Workaholism, burnout and engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Aguardando publicação*.
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W. & Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, burnout and engagement: Three of a kind or three different kinds of employee well-being? *Applied Psychology: An International Review*. 57, 173-203.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Autentic Happiness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. Nueva York: Free Press/Simon and Schuster. (traducción española. *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B, 2003).
- Seligman, M., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Shirom, A. (2002). Job related burnout: A review. In: J. C. Quick & L. E. Tetrick (Eds.). *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp.245-264). American Psychological Association: Washington DC.
- Silva, F. P. P. (2000). *Burnout: um desafio à saúde do trabalhador*. 2(1). Extraído em maio de 2015, de [http://www.2.uel.br/ccb/psicologia/revista PSI - revista de psicologia social e institucional/](http://www.2.uel.br/ccb/psicologia/revista%20PSI%20-%20revista%20de%20psicologia%20social%20e%20institucional/)
- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement, and proactive behavior: a new look at the interface between non-work and work. *Journal of Applied Psychology*, 88, 518-528.

- Snyder, C. R y Lopez, S. J. (2009). *Psicologia positiva: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Souza, M. F. (1988). Teorias de enfermagem – importância para a profissão. *Acta Paulista de Enfermería, 1*(3), 63-65.
- Tamayo, R. M., y Tróccoli, B. T. (2009). Construção e validação fatorial da Escala de Caracterização do Burnout (ECB). Universidade de Brasília. *Estudos de Psicologia, 14*(3), 213-221.
- Tamayo, R. M.. (1997). *Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos*. Dissertação (Mestrado em psicologia). Brasília: Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- Taylor, S. (1990). *Health Psychology*. McGraw Hill. Nueva York.
- Tucunduva, L. T. C. de M., Ana Paula Garcia, A. P., Prudente, F. V.B., Centofanti, G., Souza, C. M. de., Monteiro, T. A., Vince, F. A. H., Samano, E. S. T., Gonçalves, M. S., Del Giglio, M. (2006). A síndrome da estafa profissional em médicos cancerologistas brasileiros. *Revista Associação Médica Brasileira, 52*(2), 108-112.
- Tuseai, K., y Dyer, J. (2004). *Resilience: a historical review of the construct*. *Holistic Nursing Practice, 18*, 3-10.
- Vachon, M. L. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliative Medicine, 9*(2), 91-122.
- Valentim, M. R. da S., y Santos, M. L. S. C. dos. (2009, Abril/Junho). Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. *Revista Enfermagem, 17*(2), 285-289.
- Vega, N. V., Sanabria, A., Domínguez, L. C., Osorio, C., Ojeda, C., Bejarano, M. (2009,). Síndrome de desgaste profissional en cirujanos colombianos. *Revista Colombiana, 24*(3), 153-164.
- Vinaccia Alpi, S., Alvaran Flórez, L. (2004). *El síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio*. *Ter. psicología, 22*(1), 9-16, graf.
- Wagnild, G. M. y Young, H. M. (1993) Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*, 165-178.
- Watson, D., Clarck, L. A., y Tellegen, A. (1988). "Development and validation os brief measures of positive and negative affect: The PANAS scale". *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1063-1070.
- Wehbe, G., Galvão, M. C. (2001). O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. *Revista Latino-americana Enfermagem, 9*(2), 2-9.
- World Health Organization (2001). *Mental health: new understanding, new hope*. Genova: World Health Organization.
- Yunes, M. A. M. (2003). *Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família*. *Psicologia em Estudo, 8*, 75-84.

Yunes, M. A. M., y Szymanski, H. (2001). Resiliência: Noção, conceitos afins e considerações críticas. En. J. Tavares (Org.). *Resiliência e Educação* (pp.13-42). São Paulo: Cortez.

## **Apéndices**

## APÉNDICE A - TÉRMINO DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO

Esta investigación es un estudio sobre “EL MODELO BURNOUT-ENGAGEMENT EN ENFERMEROS: El Factor Protector de la Resiliencia” y fue desarrollado por JAMILTON ALVES FARIAS, estudiante del Programa de Doctorado: Psicología Clínica y de la Salud da Universidad de Salamanca (Es), bajo la dirección de los Profesores Doctores Francisco Ramos Campos y Bernardino Fernández Calvo.

El objetivo de este estudio es investigar la incidencia y consecuencias del SB en el ámbito público, en el colectivo de enfermeros que realizan la atención básica, media y de alta complejidad, en el estado de Paraíba – Brasil; analizando, además, la relación entre Burnout y *Engagement*, y el papel de la resiliencia como factor protector del SB en este grupo profesional.

Su participación en la investigación es voluntaria y, por tanto, no es necesario proporcionar información y/o colaborar con las actividades solicitadas por el investigador si no lo desea de forma libre. Si por alguna razón, Ud. decide no participar en este estudio, o por algún motivo quiera dejar el estudio no sufrirá ningún tipo de represalia ni discriminación por parte de la Institución.

Solicito su autorización para presentar los resultados de este estudio en organizaciones relacionadas con eventos científicos y publicados en revistas científicas. En la publicación de los resultados, su nombre se mantiene en secreto.

El investigador está a su disposición para cualquier información que considere necesaria en cualquier etapa de la investigación.

Considerando lo anterior, declaro que yo estaba debidamente informado (a) y doy mi consentimiento para participar en la investigación y en la publicación de los resultados. Soy consciente que recibí una copia de este documento.

---

Firma del Participante

---

Firma del Responsable por la Investigación

Dirección de Trabajo (Sector de Trabajo) del Responsable por la Investigación:

Departamento de Enfermería Clínica/CCS/UFPB.  
jamiltonfarias@ig.com.br  
Teléfono para contacto: 83-3216-7248.

**APÉNDICE B – CUESTIONARIO DE LOS DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS****INSTRUCCIONES:****POR FAVOR, CONTESTE A TODAS LAS CUESTIONES.****SU PARTICIPACIÓN ES MUY IMPORTANTE.****MUCHAS GRACIAS.**

<b>Datos Sociodemográficos</b>
Sexo: ( ) V ( ) M      Edad: _____
Estado civil: _____ Hijos: ( ) si ( ) no. ¿Cuántos? _____
Situación Laboral: ( ) Prestador de servicio <sup>1</sup> ( ) Oposición <sup>2</sup> ( ) Pasantía <sup>3</sup>
Titulación: ( ) graduación ( ) especialización ( ) maestría ( ) doctorado
¿Es readaptado? ( ) si ( ) no    Sí, ¿por cuál motivo? _____

<b>Datos Profesionales</b>
Institución y sector de trabajo: _____
¿Cuánto tiempo ejerce la profesión de ENFERMERÍA, en esta institución? _____
¿Cuál es su función en esta institución? _____
¿Cuánto tiempo lleva desarrollando la función? _____
Turno semanal de trabajo: ( ) Mañana ( ) Tarde ( ) Noche
¿Cuántas horas semanales? _____
Renta mensual:
1 – ( ) menos de 05 salarios mínimos.
2 – ( ) 5 a 10 salarios mínimos.
3 – ( ) 11 a 20 salarios mínimos.
4 – ( ) + de 20 salarios mínimos.
¿Posee otro empleo? ( ) si ( ) no.      Sí. ¿Cuántos? _____
Profesión: _____ ¿En qué período ejerce esa actividad? _____
¿Cuántas horas semanales, en total, dedica al trabajo? (aproximadamente) _____
¿Cuántas faltas justificadas o no tuvo este mes? _____
Mes/año de las últimas vacaciones: _____

<b>Ocio</b>
¿Frecuenta facultad o algún curso? ( ) si ( ) no. ¿Cuál? _____
¿Qué le gusta hacer en las horas libres? _____
¿Practica alguna actividad física? ( ) si ( ) no
Ocio
Sí. ¿Cuál? _____ ¿Cuántas veces por semana? _____

LUGAR Y FECHA: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

<sup>1</sup> - Prestador de servicio: profesional de salud o administrativo que presta servicios al Estado, no se encuadra en el cuadro de concursado pero, por otro lado posee matrícula del Estado, lo que garante la contribución al Instituto de Previdencia del Estado de Paraíba - IPEP (equivalente al INSS para el Estado) sin embargo no posee cualquier amparo legal que garanta estabilidad a ese profesional, puede ser excluido del cuadro a cualquier momento.

<sup>2</sup> - Oposición: empleado que ingresó en el servicio público mediante la realización de oposición, cuenta con amparo legal garantizado por el estatuto de los servidores, goza entre otras garantías, de la estabilidad.

<sup>3</sup> - Pasantía: profesional que presta servicios al Estado sin la realización de cualquier formalidad legal es remunerado según la producción que presenta, no cuenta con cualquier garantía legal, no posee matrícula en el Estado, recibe solo por productividad, no contribuye para el IPEP.

**Anexos**

**ANEXO A - CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)****Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Christina Maslach, validado no Brasil em 2001

Denise Albieri Jodas, Maria do Carmo Lourenço Haddad – 2009.

Nº	Por favor, lea cada uno de los puntos a continuación y contestar si ha sufrido lo que se pregunta fruto de su trabajo. Si nunca han tenido esta sensación, la respuesta es "0" (cero) en la columna de al lado. En caso afirmativo, indique la frecuencia (1 a 6) que mejor describa sus sentimientos, tal como se describe a continuación:						
		0 Nunca	1 Pocas veces al año	2 Una vez al mes o menos	3 Unas pocas veces al año	4 Una vez a la semana	5 Pocas veces a la semana
Nota: Recuerde que el diagnóstico definitivo sólo puede ser prestados por un profesional.							
1.	Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo.						
2.	Me siento cansado(a) al final de la jornada de trabajo.						
3.	Me siento fatigado(a) cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentarme con otro día de trabajo.						
4.	Fácilmente comprendo cómo se sienten los internos.						
5.	Creo que trato algunos internos como si fuesen objetos impersonales.						
6.	Trabajar todo el día con los internos supone un esfuerzo.						
7.	Trato muy eficazmente los problemas de los internos.						
8.	Me siento "quemado" por mi trabajo.						
9.	Creo que estoy influyendo positivamente con mi trabajo en la vida de los demás.						
10.	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.						
11.	Me preocupa el hecho de que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.						
12.	Me siento muy activo.						
13.	Me siento frustrado en mi trabajo.						
14.	Creo que estoy trabajando demasiado. (exceso)						
15.	No me preocupa lo que ocurra a los internos.						
16.	Trabajar directamente con los internos me produce estrés.						
17.	Fácilmente puedo crear una atmósfera relajada con los internos a los que doy servicio.						
18.	Me siento estimulado(a) después de trabajar en contacto con los internos.						
19.	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.						
20.	Me siento acabado.						
21.	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.						
22.	Creo que los internos me culpan de algunos de sus problemas.						

## ANEXO B - FACTORES PREDICTORES Y SÍNTOMAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE ENFERMERÍA

Denise Albieri Jodas, Maria do Carmo Lourenço Haddad – 2009.

Nº	INSTRUCCIONES. Puntuación de 0 a 6 para los siguientes ítems de acuerdo con sus sentimientos y síntomas.						
	FRECUENCIA	0 Nunca	1 Pocas veces al año	2 Una vez al mes o menos	3 Unas pocas veces al año	4 Una vez a la semana	5 Pocas veces a la semana
<b>FACTORES PREDECIBLES:</b>							
1.	Las actividades que desempeño exigen más tiempo del que puedo tener en un día de trabajo.						
2.	Siento que puedo controlar los procedimientos para los cuales estoy designado en la institución que trabajo.						
3.	La institución donde actúo reconoce y recompensa los diagnósticos precisos, la atención y procedimientos realizados por sus empleados.						
4.	Percibo que la institución donde actúo se preocupa con los empleados, esto es, valoriza y reconoce el trabajo desarrollado, así como invierte e incentiva el desarrollo profesional de sus empleados.						
5.	Percibo de forma evidente que existe respeto en las relaciones internas de la institución (en el equipo de trabajo y entre coordinación de sus empleados).						
6.	En la institución donde actúo tengo oportunidad de realizar un trabajo que considero importante.						
<b>¿Qué síntoma siente que proviene de su trabajo? (síntomas somáticos)</b>							
1.	Cefalea.						
2.	Irritabilidad fácil.						
3.	Pérdida o exceso de apetito.						
4.	Tensión arterial alta.						
5.	Dolores en los hombros o nuca.						
6.	Dolor en el pecho.						
7.	Dificultades de conciliar el sueño.						
8.	Sentimiento de cansancio mental.						
9.	Dificultades sexuales.						
10.	Poco tiempo para sí mismo.						
11.	Fatiga generalizada.						
12.	Pequeñas infecciones.						
13.	Aumento en el consumo de bebida, tabaco o sustancias químicas.						
14.	Dificultad de memoria y concentración.						
15.	Problemas gastrointestinales.						
16.	Problemas alérgicos.						
17.	Estado de aceleración continuo.						
18.	Sentirse sin ganas de hacer nada.						
19.	Pérdida de humor.						
20.	Gripes y resfriados.						
21.	Pérdida del deseo sexual.						

## ANEXO C – CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN DE SÍNTOMAS

### Self Report Questionnaire - SRQ-20

Haring, Arango, Baltazar, Climent, Ibrahim y Ladrino-Inacio (1980), validado no Brasil por Mari y Williams (1996).

**Instrucciones:** Estas cuestiones son relacionadas a ciertos dolores y problemas que pueden haberle incomodado en los últimos 30 días. Si usted cree que la cuestión se aplica a usted y tuvo el problema descrito en los últimos 30 días responda SÍ. Por otro lado, si la cuestión no se aplica a usted y no tuvo el problema en los últimos 30 días, responda NO.

**OBS: Recuerde que el diagnóstico definitivo solo puede ser prescrito por un profesional.**

¿Usted ya sintió alguno de estos síntomas en los últimos 30 días?	RESPUESTAS	
PREGUNTAS	Si ( )	No ( )
01- ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?	Si ( )	No ( )
02- ¿Tiene falta de apetito?	Si ( )	No ( )
03- ¿Duerme mal?	Si ( )	No ( )
04- ¿Se asusta con facilidad?	Si ( )	No ( )
05- ¿Tiene temblores en la mano?	Si ( )	No ( )
06- ¿Se siente nervioso(a), tenso(a) o preocupado(a)?	Si ( )	No ( )
07- ¿Tiene maladigestión?	Si ( )	No ( )
08- ¿Tiene dificultad de pensar con claridad?	Si ( )	No ( )
09- ¿Se ha sentido triste últimamente?	Si ( )	No ( )
10- ¿Ha llorado más que de costumbre?	Si ( )	No ( )
11- ¿Encuentra dificultades para realizar con satisfacción sus actividades diarias?	Si ( )	No ( )
12- ¿Tiene dificultades para tomar decisiones?	Si ( )	No ( )
13- ¿Tiene dificultades en el servicio (su trabajo es penoso, causa sufrimiento)?	Si ( )	No ( )
14- ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	Si ( )	No ( )
15- ¿Ha perdido el interés por las cosas?	Si ( )	No ( )
16- ¿Usted se siente una persona inútil, sin prestigio?	Si ( )	No ( )
17- ¿Ha tenido ideas de acabar con su vida?	Si ( )	No ( )
18- ¿Se siente cansado(a) todo el tiempo?	Si ( )	No ( )
19- ¿Tiene sensaciones desagradables en el estómago?	Si ( )	No ( )
20- ¿Usted se cansa con facilidad?	Si ( )	No ( )

**ANEXO D - ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD & YOUNG (1993)**

Renata P. Pesce; Simone G. Assis; Joviana Q. Avanci; Nilton C. Santos; Juaci V. Malaquias; Raquel Carvalhaes - 2005

Nº	INSTRUCCIONES. Por favor, lea atentamente la lista abajo, <b>considerando su contenido</b> . Utilizando la escala de respuestas abajo, <b>indique con un número al lado de cada cuestión</b> el grado de importancia.							
	FRECUÊNCIA	1 En desacuerdo totalmente	2 No concuerdo mucho	3 En desacuerdo	4 En desacuerdo más o menos	5 Concuerdo	6 Concuerdo mucho	7 Concuerdo totalmente
1.	Cuando hago planes, los llevo hasta el fin.							
2.	Acostumbro lidiar con los problemas de una forma o de otra.							
3.	Soy capaz de depender de mí, más de que cualquier otra persona.							
4.	Mantener interés en las cosas es importante para mí.							
5.	Puedo hacer cargo de mi mismo.							
6.	Siento orgulloso de haber realizado cosas en mi vida.							
7.	Suelo aceptar las cosas sin preocupación.							
8.	Soy amigo de mí mismo.							
9.	Siento que puedo lidiar con varias cosas al mismo tiempo.							
10.	Soy determinado.							
11.	Raramente pienso sobre el objetivo de las cosas.							
12.	Hago las cosas de forma ordenada y en el tiempo necesito.							
13.	Puedo enfrentar tiempos difíciles porque ya enfrenté dificultades antes.							
14.	Soy disciplinado.							
15.	Mantengo interés en las cosas.							
16.	Normalmente puedo encontrar motivo para reír.							
17.	Mi creencia en mí mismo me lleva a atravesar tiempos difíciles.							
18.	En una emergencia, soy la persona con la que las demás pueden contar.							
19.	Puedo realmente mirar una situación de diversas maneras.							
20.	A veces me obligo a hacer cosas, aún que no quiera.							
21.	Mi vida tiene sentido.							
22.	No insisto en cosas en las que no se puede hacer nada.							
23.	Cuando estoy en una situación difícil, normalmente encuentro una salida.							
24.	Tengo energía suficiente para hacer lo que tengo que hacer.							
25.	No me preocupa que haya personas a las que no le gusto.							

**ANEXO E - Work & Well-being Survey (UWES) ©**

Cuestionario de Bienestar y Trabajo

Wilmar B. Schaufeli

Trad.: Paulo C. Porto-Martins &amp; Ana Maria T. Benevides-Pereira (GEPEB) - 2008

Nº	Las siguientes preguntas se refieren a sentimientos en relación al trabajo. Por favor, lea atentamente cada uno de los ítems a continuación y responda si ya experimentó lo que se relata. Caso nunca haya existido tal sentimiento, responda “0” (cero) en la columna al lado. En caso afirmativo, indique la frecuencia (de 1 a 6) que describiría mejor sus sentimientos, conforme la descripción abajo							
		0	1	2	3	4	5	6
	FRECUENCIA	Nunca.  Ninguna vez	Casi nunca.  Algunas veces por año	A veces.  Una vez o menos por mes.	Regularmente.  Algunas veces por mes.	Frecuentemente.  Una vez por semana.	Casi siempre.  Algunas veces por semana	Siempre.  Todos os días.
1.	En mi trabajo, me siento repleto (lleno) de energía.							
2.	Yo creo que el trabajo que realizo tiene significado y propósito.							
3.	El “tiempo vuela” cuando estoy trabajando.							
4.	En el trabajo, me siento con fuerza y vigor (vitalidad).							
5.	Estoy entusiasmado con mi trabajo.							
6.	Cuando estoy trabajando, olvido todo lo que pasa a mi alrededor.							
7.	Mi trabajo me inspira.							
8.	Cuando me levanto por la mañana, tengo ganas de ir a trabajar.							
9.	Me siento feliz cuando trabajo intensamente.							
10.	Estoy orgulloso con el trabajo que realizo.							
11.	Me siento comprometido con el trabajo que hago.							
12.	Puedo continuar trabajando durante largos periodos de tiempo.							
13.	Para mí mi trabajo es desafiante.							
14.	“Me dejo llevar” por mi trabajo.							
15.	En mi trabajo, soy una persona mentalmente resiliente (versátil).							
16.	Es difícil desconectarme del trabajo.							
17.	En el trabajo, soy persistente inclusive cuando las cosas no van bien.							

© Schaufeli & Bakker (2003). La utilización del Cuestionario de Bienestar y Trabajo (UWES) está autorizada para consultas científicas sin fines comerciales. El uso comercial y/o no científico está prohibido, a no ser que haya un permiso previo y escrito de los autores.

## ANEXO F – CERTIFICADO DEL COMITÊ DE ÉTICA DEL HULW/UFPB.



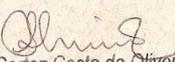
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA - UFPB  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO LAURO WANDERLEY - HULW  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP

## CERTIDÃO

Com base na Resolução nº 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba, em sua sessão realizada dia 15/12/09, após análise do parecer do relator, resolveu considerar **APROVADO** o projeto de pesquisa intitulado **CONVALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL E IDENTIFICAÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS NO ESTADO DA PARAÍBA.** Protocolo CEP/HULW nº. 427/09 do pesquisador JAMILTON ALVES FARIAS.

Solicitamos enviar ao CEP/HULW um resumo sucinto dos resultados, em CD, no final da pesquisa.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2010.

  
Iaponira Cortez Costa de Oliveira  
Coordenadora do Comitê de Ética  
em Pesquisa - CEP/HULW

**Iaponira Cortez Costa de Oliveira**  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-HULW

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley-HULW - 4º andar. Campus I - Cidade Universitária.  
Bairro: Castelo Branco - João Pessoa - PB. CEP: 58051-900 CNPJ: 24098477/007-05  
Fone: (83) 32167302 - Fone/fax: (083)32167522 E-mail - cepulw@hotmail.com

## ANEXO G – CERTIFICADO DEL DENC / CCS / UFPB.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM CLÍNICA

## CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins, que a Plenária do Departamento de Enfermagem Clínica do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, em sua 135ª Reunião Plenária Ordinária, realizada às 09:00 horas do dia 14 de dezembro 2009, na sala de reunião do Departamento, aprovou por unanimidade o parecer da relatora professora Aurilene Josefa Cartaxo de Arruda, no Projeto de Pesquisa de Doutorado intitulado "Convalidação de Instrumentos de Avaliação Comportamental e Identificação da Síndrome de Burnout em Enfermeiros no Estado da Paraíba" do doutorando **Jamilton Alves Farias**, sob a Coordenação dos professores Dr. Bernardino Fernández Calvo e Dr. Francisco Ramos Campos. João Pessoa 14 de dezembro de 2009. Professora Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares, Chefe do Departamento de Enfermagem Clínica e Evandro Fernandes Moreira, secretário administrativo.

  
Evandro Fernandes Moreira  
Secretário Administrativo

  
Maria Júlia Guimarães Oliveira Soares  
Chefe do DENC

**ANEXO H – AUTORIZACIÓN DE LA SECRETARIA DE ESTADO DE  
SANIDAD/PB****GOVERNO  
DA PARAÍBA****SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GABINETE DO SECRETÁRIO**

Ofício Circular n.º 003 /GS

João Pessoa, 08 de fevereiro 2010.

Senhor(a) Diretor(a),

Comunicamos a Vossa Senhoria que o Sr. Jamilton Alves Farias, Professor da Universidade Federal da Paraíba, está autorizado a realizar a pesquisa nessa Unidade Hospitalar, intitulada "Convalidação de instrumentos de avaliação comportamental e identificação da Síndrome de Burnout em enfermeiros no estado da Paraíba".

Informamos que a investigação será realizada mediante a utilização de instrumentos do tipo questionário, para avaliação comportamental com enfermeiros de instituições de saúde em atividades laborais nas redes de atenção básica, média e alta complexidade, neste estado, ressaltando que esse estudo constitui uma das etapas para elaboração da tese doutoral do Programa de Doutorado em Psicologia Clínica e de Saúde do Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos da Universidade de Salamanca da Espanha.

Atenciosamente,

**JOSÉ MARIA DE FRANÇA**  
Secretário de Estado da Saúde

## ANEXO I – AUTORIZACIÓN DEL C.H.D.I.C.F (JOÃO PESSOA – PB)



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS INFECTO-  
CONTAGIOSAS - DR. CLEMENTINO FRAGA – C.H.C.F.



DIREÇÃO CLÍNICA

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, **ANA MARIA FERREIRA DE PAIVA**, Diretora Clínica do Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga, afirmo ter ciência das etapas do projeto de pesquisa: **CONVALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL E IDENTIFICAÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS NO ESTADO DA PARAÍBA**, autoria: **JAMILTON ALVES FARIAS** e, portanto, autorizo a execução da metodologia descrita para coleta de dados e posterior divulgação dos resultados obtidos, prevalecendo, obviamente o compromisso ético da pesquisa.

Dra. Ana Maria F. de Paiva  
Chefe das Unidades Clínicas  
Matrícula 61.478.8/CRM/1824  
Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga

**Dr<sup>a</sup>. ANA MARIA FERREIRA DE PAIVA**  
**DIRETORA CLÍNICA**

João pessoa/PB, 10 de fevereiro de 2010.



O C.H.C.F. ao seu serviço



Complexo Hospitalar de Doenças Infecto-Contagiosas - Dr. Clementino Fraga - C.N.P.J. 08.778.268/0005-94  
Rua: Ester Borges Bastos, s/n - Jaguaribe – CEP. 58015-270 - João Pessoa/PB - Fone: 3218 5400

**ANEXO J – AUTORIZACIÓN DEL H.E.T.S.H.L. (JOÃO PESSOA-PB)**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
NÚCLEO DE ESTÁGIO, CAPACITAÇÃO E EVENTOS

---

À Sra.

Dra. LAYZ GERLANY SOARES PEREIRA

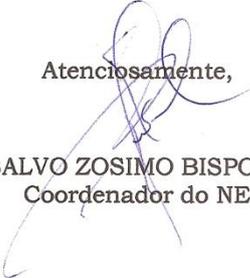
Coordenadora Geral de Enfermagem

**ENCAMINHAMENTO DE PESQUISA**

Apresento-lhe a acadêmica **JAMILTON ALVES DE FARIAS**, aluno do Curso de Pós-Graduação da Universidade de Salamanca, que necessitará coletar dados para elaboração do seu projeto de pesquisa intitulado **CONVALIDAÇÃO DE INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL E IDENTIFICAÇÃO DA SÍNDROME DE BURNOUT EM ENFERMEIROS NO ESTADO DA PARAÍBA**, nesse hospital.

João Pessoa, 25 de fevereiro de 2010.

Atenciosamente,

  
ROSALVO ZOSIMO BISPO JÚNIOR  
Coordenador do NECE

**ANEXO K – AUTORIZACIÓN DEL H.R.C. (CAJAZEIRAS – PB)**

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DE CAJAZEIRAS  
Av. Tabeião Antonio Holanda – S/Nº - Centro – Cajazeiras – Pb.  
Telefone: (83)3 531 4456 – 3531 4457 – Fax: (83) 3531 3618  
CNPJ . 08.778.269/0020 - 23

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Eu, Antonio Fernandes Filho, Diretor Geral do Hospital Regional de Cajazeiras, autorizo o desenvolvimento na referida instituição da pesquisa intitulada “Convalidação de instrumento de avaliação comportamental e identificação da Síndrome de Burnout em enfermeiros no Estado da Paraíba”, sob a responsabilidade do Doutorando Jamilton Alves Farias e orientadores Bernardino Fernandez Calvo e Francisco Ramos Campos.

Atenciosamente,

Cajazeiras, 29 de abril de 2010

  
Dr. Antonio Fernandes Filho  
Diretor Geral  
Dr. ANTONIO FERNANDES FILHO  
DIRETOR GERAL  
MAT. 164.387-8

## **ANEXO L – ESCENA DEL ESTUDIO**

El estudio fue realizado en el estado de Paraíba (Brasil). Paraíba posee un área total de 56.439,838 km<sup>2</sup>, localizado al este de la región Nordeste, con un total de 223 municipios. Con población estimada de 3.753.633 habitantes de acuerdo con el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE, 2010).

El universo de la investigación fue los siguientes municipios ubicados en el Estado de Paraíba - Brasil: Belém, Bonito de Santa Fé, Cajazeiras, Conceição, Conde, João Pessoa, Monte Horebe, Nazarezinho, Patos, Pedras de Fogo, Santa Rita, São José de Espinharas, São José de Piranhas y Sousa.

### **1 – Hospital de Emergencia y Trauma Senador Humberto Lucena – H.E.T.S.H.L. (João Pessoa).**

El presente estudio fue realizado en el referido hospital por ser un hospital de gran porte. Referencia en emergencia y urgencia con cobertura estadual y regional en el atendimento de politraumatismo (Carvalho y Meira, 2009). Fue inaugurado el día 20 de julio de 2001, iniciando el atendimento al público el 06 de agosto de 2001, presentando en su estructura física 150 lechos divididos en sectores distintos (Rocha, 2004, p. 34).

### **2 – Complejo Hospitalario de Enfermedades Infecto-contagiosas Dr. Clementino Fraga (João Pessoa).**

Breve histórico del Complejo Hospitalario de Enfermedades Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga - CHCF

El CHCF está dividido entre asistencia hospitalaria y ambulatorio. Cuanto a la asistencia hospitalaria posee tres alas, Betinho<sup>1</sup> con 19 lechos, siendo 14 femeninos para asistencia a mujeres infectadas por HIV, 4 lechos para pediatría; y 1 para soporte de pacientes graves; Henfil<sup>2</sup> con 22 lechos para asistencia a personas con SIDA del sexo masculino; fisiología masculino con 38 lechos y fisiología femenino con 11 lechos, siendo en total 90 lechos. Todos tienen asistencia médica y de enfermería con la presencia de 54 enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería.

El sector del ambulatorio está dividido en tres servicios principales, neumología sanitaria, dermatología sanitaria y el servicio de asistencia especializada (SAE, presta asistencia de nivel ambulatorio a las personas con SIDA), cada uno de estos servicios dispone de un consultorio de enfermería. Tiene también el ADT (Atendimiento Domiciliar Terapéutico) que cuenta con un enfermero en su equipo. Para prestar apoyo a las tres especialidades citadas encima de nivel ambulatorio y a los pacientes internos existen diversas especialidades, que son: neurología, neurocirugía, nefrología, angiología, cirujano plástico, urólogo, cardiólogo, nutricionista, ginecología, proctología y dentista. Realiza un promedio de 6000 atendimientos al mes. Además de eso, cuenta con apoyo diagnóstico de laboratorio y de imagen.

### **3 – Hospital Regional de Cajazeiras (Cajazeiras).**

---

<sup>1</sup> HERBERT JOSÉ DE SOUZA – Betinho – (03.11.1935 - 14.08.1977), sociólogo minero, nacido en Bocaiúva. Hemofílico y portador del virus del SIDA, muere por consecuencia de hepatitis C, contraída en transfusión de sangre. Disponible en: <http://www.e-biografias.net/biografias/betinho.php>, acceso el 12.marzo 2010.

<sup>2</sup> HENFIL HENRIQUE DE SOUZA FILHO – Henfil – (05.02.1944-04.01.1988), dibujante, cartonista, periodista y escritor. Después de dos meses de inicio del curso de Sociología lo abandonó. Nació en Ribeirão das Neves (MG). Era hemofílico y debido a una transfusión de sangre en un hospital público, durante tratamiento de hemofilia, contrajo el virus del SIDA. Entre sus hermanos, se encontraba Herbert José de Souza, Betinho. Disponible en: <http://www.educacao.uol.com.br/biografias/ult1789u406.jhtm>, acceso el 12.marzo 2010.

Por iniciativa de Don João da Mata Andrade e Amaral (segundo obispo de Cajazeiras), fue iniciada la construcción del Hospital de Cajazeiras, inicialmente denominado de "Hospital D. Alice de Almeida", en homenaje a la esposa del ex-gobernador del Estado de Paraíba, ya fallecido, José Américo de Almeida. El terreno para la construcción del Hospital fue adquirido por la Alcaldía Municipal de Cajazeiras el año de 1937 y en negociación entre la Diócesis y el Gobierno del Estado de Paraíba el referido hospital fue inaugurado el 6 de junio de 1941 (Barreto, 1995, p. 64).

El Hospital que inicialmente fue denominado de Hospital D. Alice de Almeida, pasó a llamarse posteriormente de Hospital Regional de Cajazeiras y más recientemente de Hospital Regional de Cajazeiras Dr. José de Souza Maciel, como una referencia al primer cajazeirense formado en medicina (p. 66).

El mantenimiento del Hospital está a cargo del Gobierno del Estado y con recursos obtenidos por la Sociedad Benefactora Mantenedora del Hospital. Estos últimos provenían del Gobierno Federal a través de la influencia de los políticos de la región, que consiguieron financiación específica de la Unión destinadas a ayudar a las Sociedades Benefactoras. La colaboración de la comunidad de Cajazeiras se hizo presente en todos los momentos de dificultades financieras (p. 66).

Actualmente, la referida institución dispone de 115 lechos que atiende a toda la población de la ciudad, de ciudades circunvecinas y Estados que hacen frontera con el municipio con los siguientes sectores de atendimento: clínica médica, cirugía, aislamiento, Unidad de Terapia Intensiva - U.T.I., urgencia y emergencia, observación y maternidad. El financiamiento actual es por lo tanto, estatal a través de la gestión plena de salud tripartita - Ministerio de Sanidad, Gobierno del Estado y Municipio (Carvalho y Santos, 2001).