

Relación entre los estilos de afrontamiento, factores psicosociales
laborales, el síndrome de burnout y la fatiga por compasión en
profesionales de la salud y asistencia social en el marco de la crisis
humanitaria en Venezuela

Trabajo de Investigación presentado por:

Luis REBOLLEDO y Alejandra SERRANO

A la Escuela de Psicología

Como requisito parcial para obtener el título de
Licenciado en Psicología

Profesor Asesor:

Mary SANCHEZ

Caracas, Octubre del 2018

Agradecimientos

Principalmente le agradecemos a Dios por habernos permitido avanzar durante cinco años de carrera y llegar a la realización de este proyecto de investigación que para nosotros significa que estamos a un paso de obtener nuestros títulos de pregrado y, ¡ser psicólogos!

A nuestra tutora Mary Sánchez por animarnos a estudiar un fenómeno que tiene impacto en la realidad que vivimos actualmente como venezolanos y por haber estado siempre dispuesta y atenta para guiarnos en todo el proceso.

A nuestros padres, sin su apoyo no habría sido posible alcanzar este sueño, han hecho muchas veces nuestros caminos más sencillos de andar.

A nuestros más cercanos compañeros de pregrado, con quienes nos sentimos felices haber compartido muchas experiencias que han dejado huellas en nuestras memorias.

A todos los profesionales e instituciones que brindaron su apoyo en la participación de esta investigación.

Por último, nos agradecemos mutuamente como compañeros de tesis por haber logrado complementar nuestros conocimientos y formas de sacar adelante el proyecto.

Luis Rebolledo y Alejandra Serrano.

Índice de contenido

Resumen	10
Introducción.....	11
Marco teórico.....	14
Crisis humanitaria en Venezuela.....	14
Factores psicosociales laborales.	16
Estilos de afrontamiento.....	18
Síndrome de burnout.	23
Fatiga por compasión.....	27
Hallazgos empíricos sobre las variables de estudio.....	31
Método	51
Problema.....	51
Hipótesis.	51
Hipótesis general.	51
Hipótesis específicas.	51
Definición de variables.	52
Variables a predecir.	52
Síndrome de burnout.	52
Fatiga por compasión.	53
Variables predictoras.	53
Estilos de afrontamiento.	53
Factores psicosociales laborales.	54
Tipo de investigación.	55
Diseño de investigación.	56
Diseño muestral.	56

Instrumentos, aparatos y/o materiales.	56
Cuestionario simple de factores psicosociales laborales y afectación por la crisis humanitaria en Venezuela percibida.....	57
Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory-General Survey, MBI-GS, Maslach y Jackson, 1981) validado por Millán y D'Aubeterre (2012).	57
Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS, Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004; adaptada por Guerra y Saiz, 2007).	61
Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (Coping Style Questionnaire, CSQ, Roger, Jarvis y Najarian, 1993) adaptado y validado por Guarino, Sojo y Bethelmy (2007).	66
Procedimiento.	75
Resultados 78	78
Análisis descriptivo.....	78
Comparación de grupos.....	92
Género.....	92
Tipo de profesión.	93
Nivel de instrucción alcanzado.	95
Tipo de institución/organización.....	95
Estado o ciudad de procedencia.....	96
Análisis de ruta.....	97
Burnout.	98
Fatiga por compasión.	99
Estilo de afrontamiento adaptativo.....	99
Estilo de afrontamiento desadaptativo.....	100
Discusión.....	104
Conclusiones.....	110
Limitaciones.	111

Recomendaciones.....	112
Referencias.....	114
ANEXO A.....	127
ANEXO B.....	129
ANEXO C.....	131
ANEXO D.....	133
ANEXO E.....	136

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Modelo explicativo del afrontamiento de Moos (1993)</i>	21
Tabla 2. <i>Principales modelos explicativos del burnout</i>	24
Tabla 3. <i>Síntomas de la fatiga por compasión</i>	28
Tabla 4. <i>Varianza total explicada obtenida del análisis factorial del MBI-GS</i>	59
Tabla 5. <i>Matriz de componentes rotados para el MBI-GS</i>	60
Tabla 6. <i>Matriz de componentes rotados mediante el método varimax para el EETS obtenido en la fase piloto del estudio</i>	64
Tabla 7. <i>Varianza total explicada obtenida del análisis factorial del EETS</i>	65
Tabla 8. <i>Varianza total explicada obtenida del análisis factorial del CSQ</i>	70
Tabla 9. <i>Matriz de componentes rotados para el CSQ</i>	72
Tabla 10. <i>Correlación momento-producto de Pearson entre los componentes de la CSQ</i>	75
Tabla 11. <i>Estadísticos descriptivos del burnout para la muestra total</i>	82
Tabla 12. <i>Estadísticos descriptivos de la fatiga por compasión para la muestra total</i>	85
Tabla 13. <i>Estadísticos descriptivos de los estilos de afrontamiento para la muestra total</i>	86
Tabla 14. <i>Medias y desviaciones típicas del burnout, fatiga por compasión, estilo de afrontamiento adaptativo y desadaptativo según los factores psicosociales laborales</i>	90
Tabla 15. <i>Indicadores de crisis humanitaria percibidos por los participantes en el contexto venezolano y grado de afectación laboral reportado</i>	91
Tabla 16. <i>HSD de Tukey para fatiga por compasión según el tipo de profesión</i>	93

Tabla 17. <i>HSD de Tukey para afrontamiento adaptativo según el tipo de profesión.....</i>	94
Tabla 18. <i>HSD de Tukey para afrontamiento desadaptativo según el tipo de profesión.....</i>	94
Tabla 19. <i>HSD de Tukey para burnout según el nivel de instrucción.....</i>	95
Tabla 20. <i>HSD de Tukey para burnout según el tipo de institución/organización.....</i>	96
Tabla 21. <i>Contraste mediante t de Student para el estado o ciudad de procedencia.....</i>	96
Tabla 22. <i>Coeficientes de regresión para la variable burnout.....</i>	98
Tabla 23. <i>Coeficientes de regresión para la variable fatiga por compasión.....</i>	99
Tabla 24. <i>Coeficientes de regresión para la variable estilos de afrontamiento adaptativo.....</i>	100
Tabla 25. <i>Coeficientes de regresión para la variable estilos de afrontamiento desadaptativo.....</i>	101

Índice de figuras

<i>Figura 1.</i> Diagrama de ruta propuesto.....	51
<i>Figura 2.</i> Gráfico de sedimentación obtenido del análisis factorial del MBI-GS.....	60
<i>Figura 3.</i> Gráfico de sedimentación obtenido a partir del análisis factorial de la EETS realizado para la fase piloto del estudio.....	64
<i>Figura 4.</i> Gráfico de sedimentación obtenido del análisis factorial del EETS.....	66
<i>Figura 5.</i> Gráfico de sedimentación obtenido del análisis factorial del CSQ.....	72
<i>Figura 6.</i> Distribución por género.....	79
<i>Figura 7.</i> Distribución por edades.....	79
<i>Figura 8.</i> Distribución por tipo de profesión.....	80
<i>Figura 9.</i> Distribución por años de antigüedad de servicio profesional.....	80
<i>Figura 10.</i> Distribución por nivel de instrucción alcanzado.....	81
<i>Figura 11.</i> Distribución por tipo de institución/organización.....	81
<i>Figura 12.</i> Distribución por estado o ciudad de procedencia.....	82
<i>Figura 13.</i> Distribución de puntajes del burnout total en la muestra.....	83
<i>Figura 14.</i> Distribución de puntajes del desgaste emocional en la muestra.....	84
<i>Figura 15.</i> Distribución de puntajes del cinismo en la muestra.....	84
<i>Figura 16.</i> Distribución de puntajes de la baja eficacia personal en la muestra.....	85
<i>Figura 17.</i> Distribución de puntajes de la fatiga por compasión en la muestra.....	86
<i>Figura 18.</i> Distribución de puntajes del afrontamiento racional en la muestra.....	87

<i>Figura 19.</i> Distribución de puntajes del afrontamiento por desapego en la muestra.....	88
<i>Figura 20.</i> Distribución de puntajes del afrontamiento emocional en la muestra.....	88
<i>Figura 21.</i> Distribución de puntajes del afrontamiento evitativo en la muestra.....	89
<i>Figura 22.</i> Distribución de puntajes del afrontamiento adaptativo en la muestra.....	90
<i>Figura 23.</i> Distribución de puntajes del afrontamiento desadaptativo en la muestra.....	90
<i>Figura 24.</i> Diagrama de ruta obtenido.....	102

Resumen

El objetivo del presente trabajo de investigación fue determinar si los estilos de afrontamiento y factores psicosociales laborales, tales como el tipo de profesión, la antigüedad de servicio profesional y el género, predecían el burnout y la fatiga por compasión en profesionales de la salud tomando en cuenta la crisis humanitaria en Venezuela. Para ello se llevó a cabo un estudio no experimental, ex post facto, causal-correlacional, mediante el análisis de ruta utilizando los siguientes instrumentos: (a) Inventario de Burnout de Maslach (MBI-GS, Maslach y Jackson, 1981), (b) Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS, Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004), (c) Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (CSQ, Roger, Jarvis y Najarian, 1993), y (d) el cuestionario simple de factores psicosociales laborales y afectación por la crisis humanitaria en Venezuela percibida, elaborado durante esta investigación.

Se empleó una muestra de 270 profesionales dentro de las áreas de medicina, enfermería, psicología, psiquiatría y trabajo social, con edades comprendidas entre los 22 y 79 años, de los cuales un 68,5% fueron mujeres. Como resultado se obtuvo que más del 70% de los participantes reportaron sentirse muy afectados en su trabajo por la situación de crisis en el país, donde ocho de 10 indicadores de crisis humanitaria (Human Rights Watch, 2016) fueron reportados con una prevalencia superior al 70%.

Se encontró que los profesionales con estilos de afrontamiento adaptativo reportan menor burnout, es decir que se orientan a la resolución de los problemas disminuyendo así los síntomas de estrés crónico laboral. Mientras que, los profesionales que utilizan un estilo de afrontamiento desadaptativo indican mayores niveles de burnout y fatiga por compasión, de manera que, enfocarse en la emoción negativa o la evitación del problema les genera mayor estrés crónico laboral y agotamiento asociado al trabajo con pacientes.

Los resultados se discuten en función de la teoría presentada en esta investigación, a partir de lo cual se ofrecen recomendaciones para desarrollar futuras investigaciones y realizar planes de intervención con miras de brindar soluciones para mejorar las condiciones que afectan el ejercicio laboral de los profesionales de la salud.

Introducción

El objetivo del presente proyecto de investigación fue conocer si los estilos de afrontamiento y factores psicosociales laborales predecían el síndrome de burnout y la fatiga por compasión en profesionales de la salud y asistencia social en el marco de la crisis humanitaria en Venezuela.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015) una crisis humanitaria es una situación de emergencia en la que se prevén necesidades masivas de ayuda en un grado muy superior a lo que podría ser habitual. Estas crisis suelen aparecer donde una serie de factores como la pobreza, la escasez, desigualdad y falta de acceso a los servicios básicos son potenciados naturalmente o por la acción del ser humano.

Según la ONU (El Nacional, 2017a), Venezuela se sitúa en una crisis humanitaria, ya que el sistema de salud se ha visto incapacitado para promover conductas saludables, garantizar la calidad del ambiente, mantener y actualizar recursos técnicos y equipos, y proveer medicamentos por carencia extrema. Esta situación, al no poder ser gestionada correctamente puede generar problemas en el profesional de la salud como el burnout (Salama, 1999).

El burnout es entendido como una “respuesta al estrés laboral crónico, integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente cansado” (Mashlach y Jackson, 1981, p. 24).

Además de lidiar con el estrés laboral crónico producto de la crisis humanitaria, los profesionales de la salud suelen ser llamados para tratar a víctimas de eventos traumáticos, a escuchar los relatos de sufrimiento y a observar las emociones de miedo e impotencia expresadas por los sobrevivientes de la crisis (Regan, Burley, Hamer y Wright, 2006).

En consecuencia, los profesionales de la salud pueden haber padecido y continuar padeciendo fatiga por compasión (Regan, et al., 2006), entendido como el estrés traumático secundario caracterizado por una agotadora emoción que se origina en la continua compasión o empatía por quienes están en crisis, y que desemboca en síntomas derivados del estrés postraumático, entre ellos,

la intrusión de pensamientos sobre el evento traumático, la evitación de estímulos asociados con el mismo y un aumento de activación persistente (Figley, 1995).

La fatiga por compasión tiene como agentes de vulnerabilidad al personal de la salud, es decir, enfermeros, médicos, psicólogos, etc., cuya labor requiere de una serie de estrategias de afrontamiento para enfrentarse a situaciones altamente estresantes, emocionalmente demandantes y/o traumatizantes (trabajo con pacientes terminales, con víctimas de violencia y/o abuso, con afectados por catástrofes) (Acinas, 2012).

El afrontamiento se refiere a los “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1984, p.141), siendo un proceso integral cognitivo y conductual que va a depender de una serie de factores tanto internos como externos y que intervienen como recursos o impedimentos para generar una respuesta final.

En la literatura se ha hallado que el grado de burnout y de fatiga por compasión varían conjuntamente en la misma dirección de forma significativa (Dasan, Gohil, Cornelius y Taylor, 2015; Sprang, Clark y Whitt-Woosley, 2007), y que un mayor uso de estrategias de afrontamiento evitativas (desadaptativas) se ha asociado con un mayor padecimiento de los síntomas del burnout y fatiga por compasión, tomando en cuenta factores psicosociales del trabajo como el tipo de profesión, la antigüedad de servicio profesional, la jornada laboral, la condición del puesto laboral, entre otros (Cicognani, Pietrantonio, Palestini y Prati, 2009; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009).

Para conocer cómo las variables síndrome de burnout, fatiga por compasión, estilos de afrontamiento y los factores psicosociales laborales se relacionan entre sí, se realizó un análisis de ruta, planteando de esta forma un estudio de tipo no experimental (ex post facto) y un diseño correlacional. Para ello, se emplearon diversos cuestionarios a una muestra de profesionales del área de la salud y asistencia social.

En relación a los aspectos éticos involucrados para este estudio, de acuerdo al Código Deontológico de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello (Escuela de Psicología, 2002), se aseguró la dignidad y buenas condiciones de los individuos durante la participación, así como la confidencialidad de los datos personales y el derecho a abandonar la investigación en cualquier momento. Dada la naturaleza no experimental del estudio, no se realizaron intervenciones directas sobre los participantes, descartando cualquier riesgo. Toda observación de conducta o registro que se hizo durante la aplicación de los instrumentos fueron con autorización expresa mediante consentimiento informado, y una vez terminada la investigación, los resultados y conclusiones obtenidos fueron devueltos a las instituciones correspondientes.

Por último, el presente trabajo consta de cinco capítulos: (a) Marco teórico, en el cual se presenta a modo de investigación documental los postulados teóricos y los hallazgos empíricos concernientes a las variables de investigación, (b) método, en el que se describe el problema investigado, las hipótesis planteadas, definición de variables, tipo y diseño de investigación, diseño muestral, instrumentos utilizados y el procedimiento de recolección y análisis de datos, (c) resultados, como su nombre lo indica, se detallan los resultados obtenidos a partir del análisis de datos realizado, (d) discusión, en el cual se plantea la relación entre los resultados obtenidos, el problema inicial y las hipótesis de investigación, y (e) conclusiones y recomendaciones, el cual consiste de la integración de las diversas partes contenidas en el trabajo, ideas desarrolladas en el estudio y sugerencias para futuras investigaciones.

Marco teórico

Crisis humanitaria en Venezuela

En Venezuela, según el Centro Gumilla (2017), millones de venezolanos no pueden alimentar adecuadamente a sus familias ni acceder a la atención médica más básica debido a la grave escasez de medicamentos, insumos médicos y alimentos.

En una investigación realizada con el fin de examinar las condiciones de vida del venezolano, la Universidad Central de Venezuela, la Universidad Católica Andrés Bello, la Universidad Simón Bolívar y el Laboratorio de Ciencias Sociales, estudiaron los siguientes planos: (a) alimentación, (b) educación, (c) pobreza, (d) salud, (e) seguridad personal y (f) trabajo (Encovi, 2016). Entre sus principales hallazgos describen que:

- Aproximadamente 9,6 millones de venezolanos ingieren dos o menos comidas al día.
- La asistencia a clases se ve disminuida por factores asociados a la falta de servicios básicos (agua, electricidad, transporte, etc.) y falta de alimentos.
- Hay un 81,8% de hogares en pobreza.
- Un 25% de adultos jóvenes (25-34 años) y un 50% de adultos mayores (55-64 años) presentan enfermedades clínicamente diagnosticadas.
- Un 94% de la población percibe que el país es inseguro, específicamente debido a la violencia, y la tasa de homicidios ha aumentado al 91%, siendo los jóvenes las principales víctimas.
- Hay una persistencia de desempleo entre los jóvenes, inestabilidad de empleo por ausencia y debilidad de vínculos laborales, y poco disfrute de los beneficios y de protección social de quienes laboran (Encovi, 2016).

En un intento por caracterizar y definir la situación del país, Transparencia Venezuela (2017) señala que las principales variables que afectan la calidad de vida del venezolano son: (a) Escasez de alimentos, (b) pobreza y desigualdad, (c) situación crítica en materia de salud, (d) conflicto e inseguridad, (e) incremento de la economía informal y (f) éxodo (diáspora venezolana). Todo esto ha situado a Venezuela en lo que se conoce como crisis humanitaria.

De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2015) una crisis humanitaria es una situación de emergencia en la que existen necesidades masivas de ayuda en un grado superior a lo que podría ser habitual. Estas crisis suelen aparecer donde una serie de factores como la pobreza, la escasez, desigualdad y falta de acceso a los servicios básicos son potenciados por factores naturales o por la acción del ser humano, lo que implica un reto para los profesionales de la salud que prestan sus servicios ya sea en el ámbito público y/o privado, que no cuentan con los recursos necesarios para prestar la debida atención y respuesta inmediata a sus pacientes.

Dentro de la definición de crisis humanitaria, existe la clasificación de emergencia compleja. Se caracteriza por ser más prolongada en el tiempo, con eje medular político, y que afecta considerablemente todos los ámbitos de la vida humana (Transparencia Venezuela, 2017). El entorno sociopolítico del país resulta particular, dado que ha conllevado a un estado de emergencia donde se han producido vulneración de derechos humanos, pobreza, inseguridad, emigración masiva y dificultad en el acceso a los servicios básicos.

Según Estébanez, Jiménez y Alvar (2017), la atención sanitaria a víctimas en situación de crisis varía en función del contexto donde se ha producido la causa de la misma. A menudo se trata de situaciones de conflicto y violencia asociadas a crisis políticas, guerra internacional o civil, persecución de una minoría en un contexto específicamente sanitario, debido a epidemias o una gran precariedad de los servicios de la salud.

Dicha práctica sanitaria en estas situaciones se encuentra con numerosos desafíos desde el punto de vista técnico, lo que conlleva a tomar decisiones en las que hay que asumir la incertidumbre. Estos factores van a influir en la efectividad de las intervenciones; entre algunos ejemplos de crisis humanitarias durante los últimos años destacan los de Siria, Sahel y Afganistán, que han ilustrado las dificultades en el acceso por parte de la asistencia sanitaria a las víctimas (Estébanez, et al., 2017).

En el contexto venezolano, el sistema de salud se ha visto incapacitado para promover conductas saludables, garantizar la calidad del ambiente, mantener y actualizar recursos técnicos y equipos, y proveer medicamentos por

carencia extrema. Sumado a un déficit de personal de salud, altamente calificado, como consecuencia de la migración masiva de profesionales, la red de hospitales públicos, clínicas y hospitales privados han sido afectados negativamente (El Nacional, 2017a).

Otro de los desafíos a los que se enfrentan los trabajadores dedicados a la asistencia en contexto de crisis humanitaria es la exposición constante a condiciones estresantes, como la pobreza, sobrecarga emocional, falta de formación y el trato con personas en situaciones de conflictos (Encovi, 2016).

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, la crisis humanitaria contempla una serie de situaciones que afectan de forma negativa la realidad de la población venezolana y, de manera particular, los asuntos asociados al sistema de salud (Encovi, 2016).

Factores psicosociales laborales

En el contexto de la crisis humanitaria en Venezuela es necesario considerar también el efecto que tienen los factores asociados al trabajo sobre la salud. Factores tales como el tipo de profesión, el grado de especialización, la antigüedad de servicio profesional, la jornada laboral, la condición de contratación, el tipo de institución/organización, entre otros, juegan un rol importante en la experiencia particular de cada persona para desempeñarse en su trabajo (Juárez, 2017).

La importancia de los factores laborales se documenta desde el siglo antepasado (XIX) en los escritos de Engels (1845), quien describe en detalle los problemas de salud física y psicológica que sufrían los trabajadores de diferentes sectores y su relación con la organización del trabajo, ambientes físicos o sociales. Adicionalmente, los estudios clásicos de Mayo (1933) evidenciaron la importancia de esos factores en la productividad de los empleados.

Por otro lado, y de manera institucional, la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud (OIT/OMS, 1984) anunciaron la emergencia de los factores, ahora llamados psicosociales laborales ante nuevas condiciones de trabajo que surgen por la industrialización y el cambio de las sociedades, y alertaron, además, sobre sus efectos negativos en la salud y el

rendimiento de los trabajadores, siendo esta la primera vez que se recomendó su prevención y control por organismos internacionales.

Según Juárez (2017), es común encontrar dimensiones traslapadas en el uso del concepto psicosocial, desde posturas sociológicas y psicológicas. La perspectiva sociológica enmarca lo psicosocial en el contexto de los sistemas de producción y las condiciones de trabajo, que incluyen las formas de organización y los procesos técnicos, que a su vez serían determinantes de la enfermedad. En cambio, la perspectiva psicológica da un énfasis en los aspectos cognitivos, afectivos, emocionales y comportamentales del trabajador o aspectos de su personalidad relacionados a la salud.

En este sentido, cuando se habla de factores psicosociales, necesariamente se hace referencia a los fenómenos o elementos condicionantes (por ejemplo la organización del trabajo y las capacidades individuales) que al ser multiplicados o combinados generan algo, en este caso, salud o enfermedad (Juárez, 2017).

Otro factor que ha sido ampliamente estudiado es el género como un constructo social, el cual es considerado como una categorización que implica la interpretación, simbolización y organización de las diferencias sexuales en torno a las relaciones sociales y la cultura. Por lo que el género, implica el significado de las diferencias culturales sobre lo que se comprende como femenino y masculino (Lamas, 1999).

En este sentido, Rohlf, Borrell y Fonseca (2000) plantean que existe una desigualdad entre hombres y mujeres respecto a temas de salud que es considerablemente conocida pero poco estudiada. De ahí que, por ejemplo, las mujeres tienen mayor esperanza de vida que los hombres, pero suelen presentar una tasa más alta de mortalidad y morbilidad.

Las diferencias que se observan en la salud, en el caso de las mujeres generalmente parten dentro de su rol familiar, mientras que en los hombres se conciben debido al rol laboral o posición social. Sin embargo, es un reto desde una perspectiva de género ampliar las particularidades y características de las diferencias que se observan en la salud de hombres y mujeres ya que la mayoría

de los enfoques plantean una visión reduccionista (Rohlfs, Borrell y Fonseca, 2000).

Se considera que la salud de hombres y mujeres es diferente por factores biológicos y por otros factores asociados al comportamiento en relación con el sexo. Se ha encontrado que las mujeres suelen reconocer con mayor frecuencia la presencia de síntomas, trastornos psíquicos y trastornos crónicos, mientras que los hombres tienden a negarlos (Rohlfs, Borrell y Fonseca, 2000).

Es importante destacar que en la literatura se manifiesta una primacía del elemento psicológico y social en la dinámica de los factores psicosociales, fijando énfasis en las características individuales y la estructura social de la actividad laboral, más que en los aspectos físicos o biológicos, por lo que en amplio sentido se les refiere como factores psicosociales y no biopsicosociales (Juárez, 2017).

En función de la amplia gama de factores psicosociales laborales, se podrían hallar diferencias entre ellos al compararlos dentro del marco de la crisis humanitaria en Venezuela, ya que están mediados por una situación social y económica que afecta negativamente las condiciones del trabajo y muchas veces supera las capacidades del individuo para responder de manera adecuada.

Estilos de afrontamiento

El estrés es considerado como una respuesta normal ante estímulos o hechos cotidianos que generan alteraciones o desequilibrios físicos y psicológicos. Desencadena diversas reacciones particulares en quien lo padece, sin embargo, ante un mismo suceso potencialmente estresante, las personas pueden presentar reacciones muy diversas o muy similares; todo depende de la percepción que asignen a dicho suceso, el cual es valorado en dos pasos (Vázquez, Crespo y Ring, 2003):

1. En primer lugar, se analiza si el suceso es positivo o no y se valoran las consecuencias presentes y/o futuras del mismo.
2. En segundo lugar, se valoran las capacidades del organismo para afrontar el suceso.

En este sentido, el afrontamiento se refiere a los “esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1984, p.141), siendo un proceso integral cognitivo y conductual que va a depender de una serie de factores tanto internos como externos que intervienen como recursos o impedimentos y desencadenan una respuesta final.

En el caso de los factores individuales internos se encuentran: (a) la energía, (b) motivación, (c) estado de salud, (d) tipo de personalidad, (e) capacidad para la resolución de problemas con base en experiencias pasadas y (f) creencias sobre el poder y control que se tiene para ejercer sobre el medio y sobre uno mismo. (Lazarus y Folkman, 1986)

Por otro lado, los factores externos que interfieren suelen ser: (a) elementos tangibles o perceptibles del entorno, (b) recursos materiales y (c) apoyo social; que a su vez, pueden actuar como amortiguadores o influenciar directamente sobre la estrategia de afrontamiento a utilizar (Lazarus y Folkman, 1986).

Cuando se habla de afrontamiento al estrés, se puede hacer referencia tanto a los estilos como a las estrategias de afrontamiento, conceptos que no son equiparables. Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Se caracterizan por ser respuestas perdurables en el tiempo asociadas al patrón de personalidad de los individuos, y que se desarrollan en función de la cultura y la influencia del medio social (Díaz-Guerrero, 1979).

Por su parte, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 1997). El uso de ambos, estilos y estrategias de afrontamiento, está determinado por la naturaleza del estresor y las circunstancias en las que se produce, además de la influencia del medio o la cultura, mediante imposiciones y estereotipos sobre las

maneras en que se debería reaccionar o afrontar cada suceso (Fernández-Abascal, 1997).

Con la intención de organizar algunos conceptos, las teorías contemporáneas conceptualizan los procesos de afrontamiento haciendo énfasis en la adaptación de las personas a situaciones de estrés de su contexto cotidiano. Enfocándose en los aspectos multidimensionales de los procesos de percepción donde se pone hincapié en la orientación o foco del afrontamiento, ya sea orientado a la resolución de un problema o a una emoción negativa, y los procesos de afrontamiento donde se privilegia el método de afrontamiento, bien sea cognitivo o conductual (Mikulic y Crespi, 2008).

Otra manera de entender los procesos de afrontamiento es planteada por Moos (1993), quien combina dos perspectivas al evaluar el afrontamiento (Tabla 1). El autor divide el foco en aproximación y evitación. El afrontamiento por aproximación se enfoca en el problema y refleja los esfuerzos para manejar o resolver los estresores vitales. En cambio, el tipo de afrontamiento por evitación tiende a estar centrado en la emoción; refleja intentos para evitar pensar en un estresor y sus implicaciones, o para manejar el afecto asociado al mismo.

Según el mismo autor, el método de afrontamiento se divide en los intentos cognitivos y/o conductuales para manejar el estrés, y en conjunto con la orientación de afrontamiento se compone de las siguientes estrategias:

- Análisis lógico: intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias.
- Revalorización positiva: intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación.
- Búsqueda de orientación y apoyo: intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación
- Resolución de problemas: intentos conductuales de realizar acciones conducentes directamente a la solución del problema.
- Evitación cognitiva: intentos cognitivos de evitar pensar en el problema de forma realista.
- Aceptación/resignación: intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo.

- Búsqueda de gratificaciones alternativas: intentos conductuales de involucrarse en actividades substitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.
- Descarga emocional: intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos.

Tabla 1.

Modelo explicativo del afrontamiento de Moos (1993).

	Aproximación	Evitación
Cognitivo	-Análisis lógico -Revalorización positiva	-Evitación cognitiva -Aceptación/resignación
Conductual	-Búsqueda de orientación y apoyo -Resolución de problemas	-Búsqueda de gratificaciones alternativas -Descarga emocional

Para entender la naturaleza del uso de estos tipos de afrontamiento, Schaefer y Moos (1998) señalan que el afrontamiento por aproximación, al incluir una reevaluación positiva y estar relacionadas a la búsqueda de apoyo emocional, la planificación para resolver el estresor, y la búsqueda de información sobre el estresor, pueden ser consideradas adaptativas en la medida que ayudan al individuo a afrontar efectivamente la situación estresante.

Por su parte, el afrontamiento por evitación puede reducir la ansiedad del evento traumático, al permitir a la persona contener la angustia generada por la re-experimentación del trauma (Schaefer y Moos, 1998). De esta manera, el afrontamiento evitativo estaría asociado con una mayor adaptación a corto plazo, mientras que a largo plazo implicaría un modo desadaptativo (Holahan, Moos y Schaefer, 1996).

Distintos investigadores han encontrado que un mayor uso de estrategias de afrontamiento de evitación se relacionan con mayores síntomas de estrés postraumático, así como las estrategias de aproximación se asocian con menores síntomas, siendo las mujeres las más vulnerables (Cantón-Cortés, Cantón, Justicia y Rosario, 2011; Gutner, Rizvi, Monson y Resick, 2006; Miracco, Rutzstein y Keegan, 2015; Rodríguez, 2006).

Roger, Jarvis y Najarian (1993) realizaron la construcción y validación de una escala de medición para los estilos de afrontamiento, el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (Coping Style Questionnaire, CSQ), la cual ha sido validada en el contexto venezolano por Guarino, Sojo y Bethelmy (2007). Los autores proponen que los estilos de afrontamiento se componen de cuatro factores que explican los principales tipos de respuestas, entre ellas están las orientadas a la resolución del problema, a la evitación, a la emoción y/o al desprendimiento o desapego.

En el caso de las respuestas orientadas a la resolución del problema se les denomina afrontamiento racional y se refiere a las conductas orientadas a afrontar y reevaluar cognitivamente el problema para hallar una solución. Por otro lado, el afrontamiento por desapego hace referencia a los esfuerzos que realiza una persona para desvincularse sentimental y cognitivamente de una situación que le genera estrés (Roger, Jarvis y Najarian, 1993).

El afrontamiento emocional involucra la expresión de respuestas emocionales de rabia o tristeza que se consideran negativas. El último factor propuesto es el de evitación, este afrontamiento implica que la persona espera que la situación se resuelva por sí sola sin realizar ninguna acción ni atender al problema (Roger, Jarvis y Najarian, 1993).

En este sentido y en congruencia con el modelo propuesto por Moos (1993), los factores mencionados pueden ubicarse en dos grandes agrupaciones: estilos de afrontamiento adaptativos y estilos de afrontamiento desadaptativos. Encontrándose el afrontamiento racional y por desapego dentro de los estilos adaptativos, ya que involucran respuestas que le permiten al individuo orientar sus recursos a la resolución del problema sin afectarse emocionalmente y reconociendo que este es externo a sí mismo. Mientras que, el afrontamiento emocional y evitativo se relacionan con un estilo desadaptativo, puesto que la persona se centra en la descarga emocional y desgasta sus recursos cognitivos en evadir el problema (Roger, Jarvis y Najarian, 1993).

Si se extrapola la comprensión de los estilos de afrontamiento al marco de la crisis humanitaria, el simple hecho de desarrollar prácticas, contenidos, investigaciones y disciplinas novedosas orientadas a entender la situación en su

complejidad para buscar la solución más adecuada, implica de por sí un estilo de afrontamiento adaptativo (Estébanez, et al., 2017; Moos, 1993).

Síndrome de burnout

Las situaciones de crisis conllevan a que los trabajadores se sitúen en un contexto distinto de su entorno ordinario, lejos del cual se encuentran sus mecanismos habituales de apoyo, por lo que, sí son gestionados de manera incorrecta pueden generar problemas como el burnout (Salama, 1999).

El síndrome de burnout es entendido como una “respuesta al estrés laboral crónico, integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente cansado” (Maslach y Jackson, 1981, p. 24).

El término fue introducido por Freudenberger (1974) como un concepto psicosocial asociado al desempeño de la actividad laboral, y fue delimitado por Maslach y Jackson (1981) como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con clientes y/o pacientes.

A partir del cuestionario conocido como Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach y Jackson, 1981), se consigue una definición operacional mediante el desglose de tres rasgos, que miden las tres dimensiones interrelacionadas y definitorias del burnout:

- Cansancio/agotamiento emocional: El trabajador se siente desganado, exhausto afectivamente y sin energía como consecuencia de la pérdida de interés y satisfacción por el contacto diario y sostenido con los pacientes. Aparecen sentimientos de indefensión tras haber puesto en marcha mecanismos de defensa sin resultados satisfactorios.
- Despersonalización/cinismo: Actitud fría, cínica, con pérdida de empatía e implicación hacia los pacientes (a los que se puede llegar a culpar de la situación o enfermedad que están atravesando en un arranque de deshumanización) como resultado de un cambio de actitud con sentimientos

negativos, hostilidad e incluso depresión. Es un intento de poner distancia entre uno mismo y los pacientes.

- Falta de realización/eficacia personal: Sentimiento de inadecuación a las tareas que el trabajador realiza (de ineficacia e incompetencia), con pobre autoconcepto y autoestima. Se desmerece el trabajo y la institución, y se da una reducción del sentimiento de logro personal.

Asimismo, para ampliar la comprensión del síndrome, se han desarrollado modelos teóricos que abordan la etiología y las consecuencias de este fenómeno. De manera general, para explicar las dimensiones del burnout los modelos han aglutinado variables de carácter cognitivo, emocional, actitudinal, conductual y fisiológico que interactúan entre sí en un proceso gradual en el tiempo debido a mecanismos de retroalimentación, es decir, ocurre una persistencia de condiciones laborales negativas y estrategias de afrontamiento inadecuadas (Bosqued, 2008).

De acuerdo con Quinceno y Vinaccia (2007), se distinguen los modelos comprensivos y los modelos de proceso, a partir de los cuales se han elaborado explicaciones del síndrome de burnout (Tabla 2). Los modelos comprensivos hacen referencia a un conjunto de variables consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, mientras que los modelos de proceso asumen una serie de etapas con diferentes fases que a su vez tienen diferentes sintomatologías.

Tabla 2.

Principales modelos explicativos del burnout.

Modelos Comprensivos	Descripción
Teoría sociocognitiva del yo	Analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción como el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano.
• Modelo de Cherniss (1993)	
• Modelo de autocontrol de de	

Thompson, Page y Cooper (1993)	
<p>Teoría del intercambio social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buunk y Shaufeli (1993) • Hobfoll y Freddy (1993) 	Remiten la etiología del síndrome a las percepciones de falta de equidad o de ganancia que experimenta el sujeto tras el proceso de comparación social.
<p>Teoría organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) • modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) 	Hacen énfasis en los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento ante la experiencia de quemarse por el trabajo. Todos consideran el síndrome de burnout como una respuesta al estrés laboral.
Modelos de proceso	Descripción
<p>Modelo tridimensional del MBI-HSS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maslach (1981) • Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) • Leiter y Maslach (1988) • Lee y Ashforth (1993) • Gil-Monte (1994) 	Consideran aspectos cognitivos (baja realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización).
Modelo de Edelwich y Brodsky (1980)	<p>El burnout es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de cuatro fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entusiasmo 2. Estancamiento 3. Frustración

	4. Apatía (se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración).
Modelo de Price y Murphy (1984)	El burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, se da en seis fases sintomáticas: <ol style="list-style-type: none"> 1. Desorientación 2. Labilidad emocional 3. Culpa debido al fracaso profesional 4. Soledad y tristeza que si se supera puede desembocar en la siguiente fase 5. Solicitud de ayuda 6. Equilibrio.
Modelo de Gil-Monte (2005)	Distingue dos perfiles en el proceso: <ol style="list-style-type: none"> 1. Se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. 2. Constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del síndrome. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa.

Nota. Extraído de Quinceno y Vinaccia (2007, p.122).

Han sido cientos los estudios que se han desarrollado para conceptualizar esta patología sociolaboral. Los profesionales de la salud y las personas que prestan servicios sanitarios son las principales muestras poblacionales que han escogido los investigadores, especialmente en poblaciones de ayuda o del sector de servicios (Facal-Fondo, 2012; Quinceno y Vinaccia, 2007).

Cabe destacar que el burnout se desarrolla en todo tipo de profesiones, aunque especialmente en aquellas que dan servicio a personas. Dentro de esta categoría corresponde considerar a los profesionales de la salud, es decir,

médicos, enfermeros(as), psicólogos(as) e igualmente a los trabajadores(as) sociales (Domínguez, 2015).

Si bien se identifica a los trabajadores sociales como agentes de la salud y grupo de riesgo del burnout, las investigaciones sobre este colectivo profesional son escasas, a pesar de la presencia de múltiples factores habitualmente relacionados con una alta prevalencia (Barranco, 1999; Giménez, 2000; Barría, 2003).

Fatiga por compasión

Retomando la situación en Venezuela, a mediados del mes de Abril del año 2017 hasta finales del mes de Julio del mismo año, ocurrió una serie de protestas a nivel nacional debido a una ruptura del orden constitucional y otros eventos relacionados a la conflictividad política del país en los meses precedentes (Bermúdez y Martínez, 2017).

Esto conllevó al uso generalizado y sistemático de fuerza excesiva y torturas por parte de fuerzas de seguridad y milicias progubernamentales (Panorama, 2017), además de actos como saqueos, quema de almacenes y autobuses, que si bien no estaban directamente relacionados con las protestas, reflejaban la situación de malestar social y violencia existente en el país (Moreno, 2017).

Ante esta situación, distintos grupos dedicados a preservar la salud, entre ellos estudiantes y profesionales de medicina y psicología (Arenas, 2017; El Nacional, 2017b; Franquis, 2017), acudieron a prestar servicios a los ciudadanos inmersos en la situación caótica y, por lo tanto, a escuchar los relatos de sufrimiento y trauma de las personas atendidas. Bajo estas condiciones, estos grupos sanitarios pueden haber padecido y continuar padeciendo fatiga por compasión (Regan, Burley, Hamer y Wright, 2006).

La fatiga por compasión es un término introducido en el área de la enfermería (Joinson, 1992) y ampliado luego al campo de estudio del trauma, definiéndose como “la agotadora emoción que se origina por la continua compasión por quienes están en crisis” (Figley, 1995, p. 15).

En esta definición, la compasión hace alusión a un sentimiento de empatía por otro que está sufriendo, acompañado de un fuerte deseo de aliviarle el dolor (Dávila, 2015). De esta manera, el fenómeno no sólo ocurre en aquellas personas que escuchan relatos traumáticos, sino también en quienes están expuestos constantemente al sufrimiento de otros que, como en el caso de Venezuela, podría estar siendo generado por la situación de crisis.

En este sentido, Stamm (2010), señala que la calidad de vida de los profesionales que atienden pacientes puede estudiarse desde dos perspectivas en conjunto, el nivel de fatiga por compasión y el de satisfacción por compasión. Este último hace referencia al “sentimiento de satisfacción derivada del trabajo y la ayuda brindada” (Stamm, 2010, p.21), lo que la hace por definición, el aspecto contrario a la fatiga por compasión.

La fatiga por compasión también es conocida como estrés traumático secundario, el cual al ser el sentimiento negativo derivado del miedo con la experiencia laboral de atención al trauma, incluye síntomas similares a los de estrés postraumático, es decir, pensamientos intrusivos, hiperactivación y evitación de estímulos asociados a la experiencia traumática (Newell y McNeil, 2010).

Cabe destacar que, según Figley (1995) la fatiga por compasión no se considera una enfermedad mental, no es una entidad patológica sino una respuesta psicológica ante la situación traumatizante, aunque si no se le atiende, puede abocar en depresión y enfermedades relacionadas al estrés o ansiedad. Acinas (2012) describe un conjunto de síntomas para poder identificar la presencia de la condición o su desarrollo (Tabla 3).

Tabla 3.

Síntomas de la Fatiga por Compasión

Síntomas Intrusivos

- Pensamientos e imágenes asociadas con experiencias traumáticas del usuario/cliente (aprendizaje vicario).
-

	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial.
Síntomas Evitativos	<ul style="list-style-type: none"> • Evitación de la exposición a material traumático del usuario/cliente. • Pérdida de energía. • Evitación de salidas extralaborales con compañeros. • Automedicación. secreta/adicciones.
Síntomas de Activación Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento de la ansiedad. • Impulsividad, reactividad. • Aumento de la percepción de exigencias/amenazas. • Aumento de la frustración.

Nota. Extraído de Acinas (2012, p.7).

Teniendo en cuenta este cuadro sintomatológico, autores como Dutton y Rubinstein (1995), Beaton y Murphy (1995) y Figley (1995) han desarrollado modelos explicativos de la naturaleza de la fatiga por compasión. Describen que el elemento que determina cómo y por qué algunas personas desarrollan fatiga por compasión mientras que otras no, es la empatía, considerada como un recurso principal de aquellos que trabajan con traumas o crisis, pues permite valorar el problema para formular un tratamiento adecuado.

Comenzando por Figley (1995), en su modelo indica cuatro factores relacionados con el profesional de la salud que juegan un papel importante en la predisposición a experimentar fatiga por compasión: (a) la capacidad para empatizar, (b) el comportamiento hacia la víctima, (c) la habilidad para distanciarse del trabajo y (d) el propio sentimiento de satisfacción por ofrecer ayuda.

Este modelo pone de manifiesto que la empatía ayuda a comprender el proceso traumático que está viviendo la víctima, pero durante ese proceso de comprensión, el profesional puede llegar a traumatizarse, lo que a su vez puede ser potenciado por posibles historias de trastornos del profesional y sus propios recuerdos traumáticos. Además, un elevado sentimiento de satisfacción por el

trabajo realizado y un cierto distanciamiento del dolor de la víctima pueden ser variables protectoras del padecimiento de la fatiga por compasión (Figley, 1997).

Tomando en cuenta otro de los modelos propuestos, Dutton y Rubinstein (1995), plantean que la fatiga por compasión es explicada por: (a) el evento traumático al cual el profesional ha sido expuesto, (b) sus reacciones ante dicho evento, (c) las estrategias de afrontamiento que utiliza y (d) el contexto personal y ambiental en el que se encuentre.

De acuerdo con este modelo, el relato de trauma al cual es profesional es expuesto y sus reacciones ante dicho evento dependen de la intensidad del mismo, por ejemplo, los casos de abuso sexual y trauma infantil suelen generar altos niveles de fatiga por compasión en los profesionales que los tratan (Eastwood y Ecklund, 2008).

Por otra parte, el identificarse con la víctima del trauma conlleva a desarrollar estrategias de afrontamiento inadecuadas, tales como conductas sobreprotectoras o de excesiva atención hacia la víctima que pueden llegar a producir sentimientos de angustia y nerviosismo en el profesional de la salud (Valent, 1995).

En cuanto al aspecto del contexto personal y ambiental en el que se encuentra el profesional, Beaton y Murphy (1995) han desarrollado un modelo con componentes similares a los establecidos por Dutton y Rubinstein (1995), pero destacando el papel de los factores organizacionales (conflicto de rol, normas culturales, tipo de organización, entre otros) y de determinadas características personales (la formación profesional, los años de experiencia, el apoyo social, etc.) como elementos mediadores que pueden potenciar la experiencia de fatiga por compasión.

En este sentido, los factores que predisponen a padecer fatiga por compasión si se dan de manera conjunta, intensa y continua en el tiempo, son:

- Factores individuales: (a) Carencia de habilidades de comunicación, (b) falta de autocontrol, (c) estrés acumulado, (d) poca experiencia laboral con

situaciones relacionadas al trauma o crisis, (e) uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas.

- Factores organizacionales: (a) Una cultura corporativa que no valora ni reconoce las variables emocionales, (b) la pobre tutorización por parte de un supervisor y (c) turnos seguidos de 12 o 14 horas (Campos, 2015).

Es importante señalar que la fatiga por compasión y el burnout son conceptos diferentes. Se diferencian en que la fatiga por compasión es la consecuencia natural del cuidado de personas que están sufriendo más que una respuesta al entorno de trabajo, tal como sería el caso del burnout (Valent, 2002).

Sin embargo, existe diatriba entre autores como Figley (2002) quien identifica a la fatiga por compasión como una forma de burnout, y Stamm (2010) quien señala que el burnout es un componente de la fatiga por compasión. En cualquiera de los dos casos, el grado de fatiga por compasión suele relacionarse con el del burnout en la misma dirección (Craig y Sprang, 2010).

Otro elemento que ha generado discusión es el uso de los términos de fatiga por compasión y estrés traumático secundario indistintamente, puesto que los dos hacen referencia a las consecuencias negativas que ocurren en la salud del profesional de la salud como resultado de su exposición directa hacia víctimas de trauma o crisis (Bride, 2007; Figley, 1995; Jenkins y Baird, 2002; Newell y McNeil, 2010; Pearlman, 1999; Pearlman y McCann, 1995; Rothschild, 2000).

No obstante, actualmente no existe sustento definitivo que sugiera que los constructos son conceptualmente distintos, implicando que una decisión final sobre el término más apropiado para usar sería prematura, de modo que pueden utilizarse los términos de fatiga por compasión y estrés traumático secundario indistintamente (Craig y Sprang, 2010).

Hallazgos empíricos previos sobre las variables de estudio

A continuación se presentan una serie de evidencias empíricas con las cuales se pretende mostrar los hallazgos más recientes respecto al burnout, la fatiga por compasión, los estilos de afrontamiento y los factores psicosociales laborales asociados, para poder describir la posible relación entre ellas y,

tomando en cuenta la complejidad de los fenómenos, su relación con otras variables.

Comenzando con el burnout, Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga (2009) realizaron una investigación con el objetivo de comparar los valores de las tres dimensiones del Maslach Burnout Inventory (MBI Maslach y Jackson, 1981), entre profesionales de la salud de diferentes países de habla hispana, y por otra parte explorar la asociación entre las dimensiones del síndrome de burnout con tres factores psicosociales laborales (experiencia profesional, situación económica y optimismo).

Para ello dispusieron de una muestra de 11.530 profesionales de la salud de habla hispana residentes en España y Latinoamérica, con una media de 41,74 años de edad (DT=10,8) y donde el 51% fueron hombres. Utilizaron el cuestionario MBI (Maslach y Jackson, 1981) para evaluar el burnout, y un cuestionario elaborado por los investigadores que recoge información sobre la edad, el sexo, estado civil, número de hijos, años de profesión y desempeño en el centro de trabajo actual, problemas de salud y, mediante tres escalas (puntuaciones del uno al 10, donde 1=nada satisfactoria y 10=Muy satisfactoria), la valoración sobre la propia experiencia profesional, la situación económica y el grado de optimismo.

Como resultados obtuvieron que, de los países donde se evaluó el burnout (España, Argentina, México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala, El Salvador, Venezuela, Bolivia, Panamá, Chile, Honduras, Nicaragua y Costa Rica), España y Argentina expresaron mayores niveles del síndrome (14,9% y 14,4% respectivamente, donde los demás países presentaron porcentajes inferiores a 10%), lo que los autores asocian a diferencias en la situación social y económica (desarrollo económico según producto interno bruto, acceso a la sanidad, tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida, y sensibilización de los derechos laborales) que rodean al profesional sanitario.

Bajo esta premisa, Grau, et al. (2009), proponen que las diferencias transnacionales apoyan la influencia del contexto social en la génesis del burnout como modulador de la situación laboral y personal en que se halla inmerso el trabajador. De esta forma, condiciones laborales y personales que podrían

considerarse más difíciles o severas pueden ser percibidas como menos estresantes en los países con unos niveles de bienestar inferiores y, en todo caso, manifestarse por trastornos físicos y mentales diferentes al burnout, al ser atribuidos al contexto macrosocial más que al laboral.

Por otra parte, se observó una mayor prevalencia del burnout en médicos (12,1%) que en enfermeros (7,2%), odontólogos (4,5%), psicólogos (5,6%) y nutricionistas (5,3%). La rama de medicina la dividieron en varias áreas (general, pediatría, interna, tocoginecología, cirugía, cardiología, psiquiatría, familiar, gastroenterología, emergencias, ortopedia, anestesiología, oftalmología, dermatología, infectología, neurología y nefrología), donde el mayor nivel de burnout lo expresaron quienes trabajan en emergencias (17%), los médicos internos (15,5%) y los ortopedistas (14,5%), y los menores niveles lo expresaron los anesthesiólogos (5%), los dermatólogos (5,3%) y los psiquiatras (7,5%).

Hubo un mayor nivel de burnout en mujeres (12,9%) que en hombres (9,9%), donde las mujeres presentaron valores superiores en las dimensiones de agotamiento emocional ($OR_{ajustada}=1,12$, $p<.05$; $\bar{x}_{mujeres}=26,3$ y $DT_{mujeres}=12,5$, $\bar{x}_{hombres}=22,8$ y $DT_{hombres}=12,7$) e inferiores en realización personal ($OR_{ajustada}=1,16$, $p<.05$; $\bar{x}_{mujeres}=36,8$ y $DT_{mujeres}=7,9$, $\bar{x}_{hombres}=38,6$ y $DT_{hombres}=7,8$), pero con menores niveles de despersonalización ($OR_{ajustada}=.56$, $p<.05$; $\bar{x}_{mujeres}=7,4$ y $DT_{mujeres}=6$, $\bar{x}_{hombres}=7,8$ y $DT_{hombres}=6,3$).

Encontraron que a mayor edad ($OR_{ajustada}=.96$), más años de ejercicio profesional ($OR_{ajustada}=1,01$), o más años en el puesto de trabajo actual ($OR_{ajustada}=1$), hubo menores niveles de burnout ($p<.05$ para cada una). Hubo mayor índice de burnout en personas solteras (14,6%), así como una asociación significativa entre el burnout y el padecimiento de alguna enfermedad crónica ($OR_{ajustada}=1,3$ y $p<.05$). Por último, una mayor valoración laboral ($OR_{ajustada}=.53$), mayor optimismo ($OR_{ajustada}=.80$), mayor satisfacción profesional ($OR_{ajustada}=.80$) y sentirse recompensado ($OR_{ajustada}=.91$) se asoció con un menor burnout ($p<.05$).

La aproximación internacional en países de habla hispana de este estudio permite observar características que resultan relevantes para estudiar el

síndrome de burnout en profesionales de la salud considerando su percepción de crisis humanitaria en Venezuela, pues se pondría a prueba la premisa planteada por Grau, et al. (2009) acerca de cómo las condiciones laborales y personales pueden ser percibidas como menos estresantes en un país con unos niveles de bienestar inferiores.

Tomando como referencia investigaciones sobre el burnout en un contexto venezolano con profesionales de la salud, se encuentran los estudios realizados por Cabello y D'Anello (2004) y por Parada et al. (2005). En el primero, el objetivo fue evaluar el síndrome de burnout en 187 médicos residentes de la Universidad de los Andes, y estudiar su relación con variables sociodemográficas y de apoyo familiar.

La distribución por edades estaba comprendida entre los 28 y 42 años con una media de 32,6 años. En la distribución por sexos, 82 eran hombres (43,85%) y 105 mujeres (56,15%). El 51,87% estaban casados, 43,85% solteros y 4,28% divorciados. El 42,78% no tenían hijos y el 57,22% tenían entre 1 y 3 hijos. En cuanto a ingresos, 66,84% reportó un ingreso mensual entre quinientos un mil y un millón de bolívares, un 22,46% menos de quinientos mil bolívares; el restante 10,70% no reportó ingresos. El 43,32% cursaban primer año de residencia, 24,60% segundo y 32,08% tercero. Con relación al horario laboral para el momento del estudio, 10,70% laboraba en horario de la mañana, 28,88% trabajaban el horario de mañana y tarde y 60,42% en horario de mañana, tarde y noche; 68,98% hacía guardia nocturna a cuerpo presente y 18,72% a disponibilidad.

Mediante el MBI (Maslach y Jackson, 1981) y el instrumento diseñado por los autores para medir apoyo familiar (APOFA, D'Anello y Cabello, 2002) los autores recolectaron los datos concernientes a las variables de interés, además de utilizar una encuesta para recabar información sociodemográfica. Encontraron diferencias significativas entre las dimensiones del burnout ($F=29,9$ y $p<.001$), donde el agotamiento emocional ($\bar{x}=2,75$) fue mayor que la despersonalización ($\bar{x}=1,65$), y que la falta de realización personal fue menor que las dos dimensiones anteriores ($p<.001$). En este sentido, en su mayoría

hubo un agotamiento emocional moderado (33,7%), una despersonalización baja (89,8%) y una alta realización personal (95,7%).

No hallaron diferencias significativas con respecto al género, edad, estado civil ni número de hijos. Al comparar los horarios laborales encontraron diferencias significativas en agotamiento emocional ($F=8,94$ y $p<.001$), específicamente, los residentes que cubrían el horario mañana/tarde/noche obtuvieron la media más alta ($\bar{x}=2.94$) en agotamiento emocional al compararse con los residentes que laboran solo en la mañana ($\bar{x}=2.13$) y los que tienen horario de mañana y tarde ($\bar{x}=2.58$) $p<.001$.

En cuanto al año de residencia, se encontró diferencia en la dimensión agotamiento emocional ($F= 3.02$; $p<.05$), donde los residentes del primer año presentan mayor agotamiento emocional ($\bar{x}=2.94$) que los del segundo ($\bar{x}=2.61$) y los del tercero ($\bar{x}=2.60$), $p<.05$. Finalmente, se halló que los residentes con ingresos mensuales menores a 500.000 bolívares presentaron mayor agotamiento emocional ($\bar{x}=2.09$, $DT=.59$) que aquellos residentes con ingresos superiores a los 500.000 ($\bar{x}=1.90$, $DT=.49$), $t=2.10$; $p<.05$. Por su parte, no se encontraron diferencias en las dimensiones de despersonalización y baja realización personal.

Por último, encontraron que un mayor apoyo social se asociaba con un menor agotamiento emocional ($r=-.13$), una menor despersonalización ($r=-.18$) y una menor falta de eficacia personal ($r=-.20$) al 5% de significancia, tal como hipotetizaban. Con base a estos resultados, los autores señalan que los sentimientos del agotamiento emocional conforman el núcleo del síndrome, mientras que los bajos niveles en despersonalización y baja eficacia personal podrían ser indicadores de mecanismos adaptativos para enfrentar condiciones adversas en el trabajo, donde el apoyo social juega un rol importante dado que hace que las personas perciban que otros les proveen de los recursos necesarios para manejar y afrontar exitosamente las situaciones estresantes.

Referente a la investigación realizada por Parada, et al. (2005), el objetivo fue conocer la frecuencia del síndrome de burnout y su relación con la satisfacción laboral en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital

Universitario los Andes de Mérida, cuya población era de 673 trabajadores de enfermería.

Dispusieron de una muestra de 140 enfermeras (90,38%) y enfermeros (9,62%), para lo cual utilizaron el MBI (Maslach y Jackson, 1981), la Escala de Satisfacción Laboral de Warr, Cook y Wall (1979) para recoger los datos. Como resultados del burnout obtuvieron niveles bajos en la dimensión de cansancio emocional (69,23%, \bar{x} =15,42, DT=10,79, rango=0-54), niveles bajos en la dimensión de despersonalización (52,88%, \bar{x} =5,58, DT=5,45, rango=0-30), y altos en realización personal (59,62%, \bar{x} =40,21, DT=6,83, rango=0-48).

Por otra parte, encontraron que un 45,9% de presentaron insatisfacción laboral intrínseca debido a la falta de libertad para elegir el método de trabajo, falta de reconocimiento, la responsabilidad de la tarea, disminución de utilización de sus capacidades, fallas en las posibilidades de promoción, poca atención a sugerencias y por la cantidad de tareas que debían realizar. Además, un 38,5% mostraron insatisfacción laboral extrínseca por malas relaciones interpersonales o con sus superiores, inadecuadas condiciones de trabajo, descontento con el salario, modo de gestión en la institución, horario de trabajo o por falta de estabilidad en el empleo.

Los resultados de este estudio permiten afirmar que existe una necesidad de aproximarse al estudio del síndrome de burnout donde, tal y como sugieren los autores, se busque mejorar aspectos de la política de personal de las instituciones hospitalarias, estableciendo adecuados sistemas de promoción y funciones de trabajo que contribuyan a aumentar el nivel de los factores intrínsecos de la satisfacción laboral.

Respecto a la variable de fatiga por compasión, Dasan, Gohil, Cornelius y Taylor (2015) condujeron una investigación cuyo propósito fue estimar la prevalencia, posibles causas y consecuencias de esta en relación con la satisfacción por compasión, en una muestra de 663 profesionales sanitarios del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido, con edades mayores o iguales a 30 años (\bar{x} =44,5 y DT=8,83), en su mayoría hombres (65%).

Administraron un formulario vía correo electrónico con el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (Professional Quality of Life [ProQOL], Stamm, 2010) para estimar la prevalencia de la fatiga por compasión y satisfacción por compasión, realizando luego entrevistas para describir las posibles causas y consecuencias. Además recolectaron información relacionada a los factores psicosociales laborales; edad, género, sitio de trabajo y años de trabajo como profesional sanitario.

Teniendo en cuenta que el ProQOL se divide en tres escalas (satisfacción por compasión, burnout y estrés traumático secundario), con tres categorías descriptivas para cada una que hacen referencia al nivel o grado de la condición (bajo, moderado y alto), obtuvieron que los niveles de fatiga por compasión oscilaron entre moderados (44,5%) y bajos (55,4%) y los niveles de satisfacción por compasión oscilaron entre niveles moderados (79,5%) y altos (18,3%). Aquellos que obtuvieron puntuaciones que los ubicaban en las categorías desfavorables (alta fatiga por compasión [0,2%] y baja satisfacción por compasión [2,3%]) fueron propensos a reportar irritabilidad hacia los pacientes y colegas, así como un reducido interés de atención/cuidado por los pacientes en los últimos 6 meses.

Al analizar la relación entre las puntuaciones del ProQOL con las variables psicosociales laborales, las cuales explicaron solo una pequeña cantidad de la varianza de las puntuaciones ($R^2=5\%$) y que sólo resultaron significativas con la escala de satisfacción por compasión ($p<.05$), se obtuvo que las dos variables que explicaron la varianza de la satisfacción por compasión fueron el sitio de trabajo y años de trabajo, de manera que trabajar en un centro de trauma estuvo asociado a una mayor satisfacción por compasión ($\bar{x}=53,1$ y $DT=7,4$; $\beta=2,49$ y $SE=.81$, con $p<.05$) a comparación de trabajar en un departamento de emergencia ($\bar{x}=50,3$ y $DT=8,5$; $\beta=-.48$ y $SE=1,04$, con $p>.05$), y la cantidad de años trabajados como profesional de la salud estuvo relacionada con una disminución de la satisfacción por compasión durante los primeros 10 años ($\bar{x}=49,9$ y $DT=9$; $\beta=-.18$ y $SE=.63$, con $p<.05$) y un aumento de la satisfacción por compasión después de los 15 años ($\bar{x}=50,9$ y $DT=9,4$; $\beta=.02$ y $SE=.01$, con $p<.05$).

Estos hallazgos ponen de manifiesto que factores psicosociales laborales como el lugar de trabajo (donde aquellos que trabajaban en situación de emergencia padecieron mayor fatiga por compasión) y los años de trabajo profesional (donde aquellos con menor cantidad de años padecieron mayor fatiga por compasión) si bien no predijeron gran parte de la varianza de las escalas, pueden considerarse dado que resultaron relevantes en una muestra de profesionales de la salud cuya prevalencia de fatiga por compasión fue de un nivel moderado (98%).

Otro estudio que indaga la relación del burnout con la fatiga y satisfacción por compasión, es el de Sprang, Clark y Whitt-Woosley (2007) quienes además evaluaron factores psicosociales laborales tales como la edad, el género, el nivel educativo, licenciatura, tipo de organización en la que trabaja, años de experiencia y la presencia o ausencia de un entrenamiento especializado en el trauma, utilizando una muestra de 1.121 hombres (30,4%) y mujeres (69,6%) certificados como profesionales de la salud (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas familiares, y consultores profesionales de la salud) ubicados en estados sureños del Reino Unido, con edades comprendidas entre los 23 y 81 años ($\bar{x}=45,22$ y $DT=10,84$), donde la mayoría poseía una maestría (68,6%) y un promedio de 13,92 ($DT=9,54$) años de experiencia profesional, con aproximadamente 30% de trabajo dedicado a pacientes de trauma.

Para medir la satisfacción por compasión, la fatiga por compasión y burnout utilizaron el ProQOL (Stamm, 2010), hallando diferencias significativas en función del género ($F=7,10$, $p<.001$, $\eta^2=.02$), donde las mujeres presentaron mayor fatiga por compasión ($\bar{x}=11$ y $DT=6,5$) y Burnout ($\bar{x}=26,5$ y $DT=4,6$) que los hombres ($\bar{x}=9,8$ y $DT=6,1$; $\bar{x}=25,2$ y $DT=4,2$ respectivamente). También hallaron diferencias significativas en función del título académico ($F=2,56$, $p<.01$, $\eta^2=.02$), donde solo la fatiga por compasión difirió por título, siendo aquellos con doctorado en medicina (M.D.) quienes presentaron mayores índices de fatiga por compasión ($\bar{x}=14,4$ y $DT=9,9$) que aquellos con título de doctorado (Ph.D.) ($\bar{x}=10,8$ y $DT=5,5$) y maestría ($\bar{x}=9,3$ y $DT=5,3$). Además, aquellos con M.D. ($\bar{x}=15,01$ y $DT=9,63$) también presentaron mayor grado de fatiga por compasión ($F=5,20$, $p<.001$, $\eta^2=.06$) que quienes poseían licencia de trabajador social

clínico (\bar{x} =8,64 y DS=5,13), psicólogo (\bar{x} =10,03 y DT=6,16) y trabajador social (\bar{x} =10,06 y DT=6,63).

Por otra parte, hallaron diferencias significativas entre el burnout y el tipo de organización ($F=3,26$, $p<.01$, $\eta^2=.03$), donde aquellos que trabajaban con pacientes hospitalizados presentaron mayores índices de burnout (\bar{x} =28,02 y DT=4,44) que aquellos que se dedican a la práctica privada (\bar{x} =25,45 y DT=4,03). También encontraron diferencias significativas entre aquellos que poseían entrenamiento especializado sobre el trauma y los que no ($F=12,82$, $p<.001$, $\eta^2=.04$), donde quienes poseían entrenamiento presentaron mayor satisfacción por compasión (\bar{x} =44,5 y DT=40,77) y menor fatiga por compasión (\bar{x} =5,89 y DT=9,95) que quienes no poseían entrenamiento (\bar{x} =63,3 y DT=38,18; \bar{x} =7,46 y DT=11,14 respectivamente).

Mediante regresión múltiple hallaron que la edad y años de experiencia explicaron el 42%, 69% y 59% de la varianza para la fatiga por compasión ($R^2=.50$, $F=5,779$, $p<.001$), burnout ($R^2=.078$, $F=9,195$, $p<.001$) y satisfacción por compasión ($R^2=.068$, $F=7,893$, $p<.001$) respectivamente, los autores comprobaron que a medida que aumenta la edad disminuye la fatiga por compasión ($\beta=-.026$ y $p<.01$) y el burnout ($\beta=-.138$ y $p<.001$) y aumenta la satisfacción por compasión ($\beta=.194$ y $p<.001$), y que a medida que aumentan los años de experiencia como profesional de la salud disminuye la fatiga por compasión ($\beta=-.056$ y $p<.01$) y el burnout ($\beta=-.066$ y $p<.05$) y aumenta la satisfacción por compasión ($\beta=.029$ y $p<.001$).

Los resultados de este estudio permiten evidenciar los supuestos que se han establecido en cuanto a que el burnout y la fatiga por compasión varían conjuntamente en la misma dirección cuando se comparan con otras variables, y que varían inversamente con respecto a la satisfacción por compasión. También pone de manifiesto la necesidad de considerar el género, el tipo de profesión y años de experiencia laboral como variables de estudio al momento de comprobar si también existen diferencias significativas en la población objetivo.

Siguiendo esta línea de investigación, Craig y Sprang (2010) llevaron a cabo un estudio con el fin de evaluar el impacto de prácticas basadas en evidencia (intervenciones empíricamente probadas que evidencian reducción en los síntomas del malestar psicológico, Frías y Pascual, 2003) sobre la fatiga por compasión, el burnout y la satisfacción por compasión de 532 profesionales de la salud ubicados en Estados Unidos, con edades comprendidas entre los 27 y 83 años, con una media de 53,2 años, donde el 65% fueron mujeres. Un 44% de los participantes eran psicólogos y el 46% eran trabajadores sociales, con experiencia clínica de 1 a 58 años ($\bar{x}=22,9$ y $DT=9,28$), donde un 73% laboraba en una comunidad de salud mental, un 2,6% en agencias públicas, un 3,5% en organizaciones sin fines de lucro, un 4,9% en centros de hospitalización y un 8,5% se dedicaban a la práctica privada.

Realizaron las mediciones del burnout, fatiga por compasión y satisfacción por compasión mediante el ProQOL (Stamm, 2010), y usaron el Trauma Practices Questionnaire (Craig y Sprang, 2009) para medir el uso de prácticas basadas en evidencia. Como resultados encontraron que no hubo diferencias significativas en cuanto al género, el nivel educativo y el tipo de licenciatura, pero sí sobre los niveles de satisfacción por compasión y burnout de aquellos que reportaron poseer entrenamiento especial para el tratamiento del trauma ($\bar{x}_{SC}=43,748$ y $DT_{SC}=5,19$; $\bar{x}_{Burnout}=6,74$ y $DT_{Burnout}=3,63$) con respecto a los que reportaron no poseer entrenamiento ($\bar{x}_{SC}=41,4$ y $DT_{SC}=6,62$, $t_{SC}=-4,42$ y $p<.001$; $\bar{x}_{Burnout}=7,42$ y $DT_{Burnout}=4,02$, $t_{Burnout}=1,97$ y $p<.05$), de manera que aquellos con entrenamiento presentaron una mayor fatiga por compasión y menor burnout que quienes no poseían entrenamiento.

Por otra parte, hallaron diferencias significativas entre las dimensiones del ProQOL según el tipo de institución/organización ($F=4,38$ y $p<.001$), donde aquellos que trabajaban en una comunidad de salud mental reportaron mayor satisfacción ($\bar{x}=43,53$ y $DT=5,41$) que aquellos que trabajan en organizaciones sin fines de lucro ($\bar{x}=39,67$ y $DT=3,85$, $p<.05$). Hubo un mayor nivel de fatiga por compasión ($p<.001$) en aquellos que trabajaban en centros de hospitalización ($\bar{x}=7,68$ y $DT=7,41$) que en quienes trabajaban en una comunidad de salud

mental (\bar{x} =3,87 y DT=3,66) y quienes se dedicaban a la práctica privada (\bar{x} =4,12 y DT=2,90). En cuanto al burnout, quienes trabajaban en centros de hospitalización presentaron mayores niveles ($p<.05$) que aquellos que trabajaban en una comunidad de salud mental.

El uso de prácticas basadas en evidencia estuvo asociado con un menor burnout ($\beta=-.09$ y $p<.05$) y fatiga por compasión ($\beta=-.12$ y $p<.01$), y una mayor satisfacción por compasión ($\beta=.17$ y $p<.05$). Entre otros factores, se encontró que ser joven estuvo relacionado con un mayor burnout ($\beta=-.24$ y $p<.001$) y poseer una mayor cantidad de años de experiencia clínica se asoció a una mayor satisfacción por compasión ($\beta=.26$ y $p<.05$). De esta manera, este estudio permite contemplar la importancia de incluir el tipo de institución/organización y el tipo de entrenamiento o especialización como variables de estudio, dado que pueden ser fuentes importantes de variación en los niveles de burnout y fatiga por compasión.

En lo concerniente a la variable de estilos de afrontamiento, la investigación de Bethelmy y Guarino (2008) permite detallar el comportamiento de dicha variable en profesionales de la salud dentro de un contexto venezolano. Los investigadores evaluaron el rol moderador de los estilos de afrontamiento y la sensibilidad emocional en la relación entre el estrés laboral y la salud auto-percibida de 130 médicos pertenecientes a cuatro hospitales del área metropolitana de la ciudad de Caracas. De estos, 75 fueron mujeres y 55 hombres, con edades comprendidas entre los 25 y los 63 años, con una media de 35 años (DT=9,3).

Usaron la Lista de Chequeo del Estado de Salud (Guarino, 2004) para medir la salud auto-percibida, la Escala de Sensibilidad Emocional (Guarino y Roger, 2005) para estimar la misma, el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (Guarino, Sojo y Bethelmy, 2007) para evaluar los estilos de afrontamiento, y el Cuestionario de Estrés Laboral de Karasek y Theorell (citado en Bethelmy y Guarino, 2008) para el estrés laboral.

El principal hallazgo fue que los estilos de afrontamiento racional, por desapego emocional y por evitación actuaron como variables moderadoras entre el control decisional (componente del estrés laboral) y los síntomas físicos auto-

percibidos (Racional: $\Delta R^2=.089$, $\beta=-2,75$ y $p<.05$; Desapego: $R^2=.033$, $\beta=-1,87$ y $p<.05$; Evitación $\Delta R^2=.034$, $\beta=-1,69$ y $p<.05$) evidenciándose además que sólo el afrontamiento por evitación actuó como moderador de la relación entre el control y los síntomas psicológicos de los médicos ($\Delta R^2=.144$, $\beta=-1,77$ y $p<.05$).

Los autores interpretan que el uso del afrontamiento racional y por desapego emocional amortigua el efecto perjudicial que el bajo control laboral tiene sobre la salud física auto-percibida, mientras que el uso del afrontamiento por evitación perjudica el estado de salud, tanto física como psicológica, sobre todo en las circunstancias en las que el médico percibe que tiene un bajo control sobre su medio laboral. Este bajo control laboral es entendido como un bajo grado de libertad para decidir cómo y cuándo realizar las tareas, así como una baja oportunidad para tomar decisiones y usar destrezas que disminuyan los posibles efectos adversos de las demandas laborales (Karasek, 1979).

De acuerdo con Dasan, Gohil, Cornelius y Taylor (2015), el bajo control laboral y la fatiga por compasión se relacionan a nivel psicológico cuando la ansiedad proveniente de la preocupación por la seguridad y calidad del cuidado del paciente es muy alta, y a nivel físico cuando se trabaja durante un tiempo prolongado con una cantidad de pacientes que supera el límite de lo que el profesional considera que es capaz de atender.

Continuando con esta línea de investigación, un estudio que permite observar la relación entre los estilos de afrontamiento con la fatiga por compasión y burnout, ahora según el modelo de aproximación-evitación (Moos, 1993) es el de Cicognani, Pietrantonio, Palestini y Prati (2009), quienes además evaluaron: (a) el sentido de comunidad, entendido como un sentimiento de pertenencia y apego a un lugar, acompañado de por una historia compartida y conexión con otros miembros de la comunidad (McMillan y Chavis, citado en Cicognani, et al., 2009), (b) la eficacia colectiva, referida a lo que la gente escoge hacer como grupo, el esfuerzo que le dedican y la percepción del grupo sobre su habilidad para completar la tarea (Bandura, citado en Cicognani, et al., 2009) y (c) la autoeficacia, definida como las destrezas individuales y competencias auto-percibidas (Bandura, citado en Cicognani, et al., 2009).

Dispusieron de 764 trabajadores de emergencia (bomberos, voluntarios de protección civil y personal médico) con edades entre los 18 y 66 años ($\bar{x}=34$) donde 71,3% eran hombres, un 78,4% eran trabajadores voluntarios y un 21,6% eran trabajadores de tiempo completo. Utilizaron el ProQOL (Stamm, 2010) para medir la calidad de vida, el Brief COPE Inventory (Carver, 1997) para evaluar las estrategias de afrontamiento, la Italian Sense of Community Scale (Prezza, Costantini, Chiarolanza, y Di Marco, 1999) para medir el sentido de comunidad, y el Perceived Collective Efficacy for Members of Volunteering Associations (Barbaranelli y Capanna, 2001) para evaluar la eficacia colectiva y la autoeficacia.

Como resultados obtuvieron que las mujeres y los trabajadores de emergencia a tiempo completo fueron más vulnerables (Género: $F=7,372$ y $p<.001$; Estatus ocupacional: $F=6,146$ y $p<.05$) al burnout ($\bar{x}_{mujeres}=2,06$ y $DT_{mujeres}=.63$, $\bar{x}_{hombres}=1,84$ y $DT_{hombres}=.62$; $\bar{x}_{profesionales}=2,10$ y $DT_{profesionales}=.71$, $\bar{x}_{voluntarios}=1,81$ y $DT_{voluntarios}=.59$) y a la fatiga por compasión ($\bar{x}_{mujeres}=1,84$ y $DT_{mujeres}=.56$, $\bar{x}_{hombres}=1,62$ y $DT_{hombres}=.57$; $\bar{x}_{profesionales}=1,79$ y $DT_{profesionales}=.60$, $\bar{x}_{voluntarios}=1,67$ y $DT_{voluntarios}=.56$), y menos propensos a presentar satisfacción por compasión ($\bar{x}_{mujeres}=3,83$ y $DT_{mujeres}=.51$, $\bar{x}_{hombres}=3,93$ y $DT_{hombres}=.58$; $\bar{x}_{Profesionales}=3,83$ y $DT_{profesionales}=.58$, $\bar{x}_{voluntarios}=3,93$ y $DT_{voluntarios}=.55$) lo que fue asociado a un mayor uso de estrategias de afrontamiento orientadas a la evitación, en este caso, la autocrítica ($r_{burnout}=.292$ y $p<.001$; $r_{FC}=.305$ y $p<.001$) y la distracción ($r_{burnout}=.382$ y $p<.001$; $r_{FC}=.329$ y $p<.001$).

Por otra parte, una mayor satisfacción por compasión estuvo asociada con una mayor autoeficacia ($r=.419$ y $p<.001$) y un mayor uso de estrategias de afrontamiento por aproximación ($r=.296$ y $p<.001$). Un mayor sentido de comunidad estuvo asociado a una mayor satisfacción por compasión ($r=.213$ y $p<.001$) y menor burnout ($r=-.176$ y $p<.001$) pero no mantuvo relación con la fatiga por compasión ($r=-.035$ y $p>.05$), y una mayor eficacia colectiva estuvo asociada a una mayor satisfacción por compasión ($r=.175$ y $p<.001$) y menor burnout ($r=-.116$ y $p<.001$) pero no mantuvo relación con la fatiga por compasión ($r=-.33$ y $p>.05$). Estos hallazgos indican que los estilos de afrontamiento según el modelo

de aproximación-evitación (adaptativo-desadaptativo) representan un rol importante al estudiar la calidad de vida de los profesionales de la salud.

Otro sustento empírico de la relación entre las variables de interés es representado por el estudio de Thompson, Amatea y Thompson (2014), cuyo propósito fue explorar la relación entre factores psicosociales laborales tales como el género, el tiempo de servicio profesional, la evaluación de condiciones laborales y cinco recursos personales, con los niveles de burnout y fatiga por compasión reportados por una muestra nacional estadounidense de 213 asesores de la salud mental, 76% mujeres y 14% hombres, con edades entre los 24 a 78 años, a quienes se les aplicó los cuestionarios en formato digital vía online.

Los cinco recursos personales fueron: (a) el nivel de satisfacción por compasión, (b) la extensión de actitudes generales de mindfulness, entendida por los autores como “un estado de conciencia caracterizada por un acercamiento abierto y receptivo hacia la vivencia del momento presente, la cual puede ser evaluada como un trato disposicional o una respuesta situacional” (Kabat-Zinn, citado en Thompson, et al., 2014, p.61), (c) estilos de afrontamiento orientados a la solución de problemas, (d) estilos de afrontamiento orientados a la emoción y (e) estilos de afrontamiento maladaptativos.

Las mediciones fueron realizadas a través de: (a) Un instrumento creado durante el estudio (Perceived Working Conditions Scale, Thompson, et al. 2014) para la percepción del ambiente laboral, donde mayores puntuaciones se asociaban con una percepción más positiva que negativa del ambiente laboral (b) el Mindful Attention Awareness Scale (MAAS, Brown y Ryan, 2003) para la extensión de las actitudes de mindfulness, (c) el inventario breve COPE de Carver (1997) para los estilos de afrontamiento, (d) el ProQOL de Stamm (2010) para el burnout y la fatiga por compasión, (e) una sección demográfica en el cuestionario donde los participantes indicaban su género y tiempo de servicio profesional como asesores de la salud mental.

Hallaron que el conjunto de variables independientes predijeron significativamente a la fatiga por compasión ($R^2=.311$, $p<.001$) y al burnout ($R^2=.669$, $p<.001$). En este sentido se obtuvo una relación negativa significativa

entre la percepción de las condiciones laborales tanto para el burnout ($\beta=-.27$ y $p<.001$) como para la fatiga por compasión ($\beta=-.196$ y $p<.05$), donde la asociación fue mayor con el burnout ($r=-.643$, $p<.001$) que para la fatiga por compasión ($r=-.361$), lo que según los autores apoya la distinción entre el burnout y la fatiga por compasión, dado que el burnout está más asociado con estresores sistemáticos en el ambiente laboral (Maslach, 2003) mientras que la fatiga por compasión está asociada con las demandas de interactuar con clientes traumatizados (Figley, 1995).

Las mujeres presentaron mayor fatiga por compasión que los hombres ($r=.223$, $p<.001$), sin embargo el género no contribuyó significativamente en la predicción de la fatiga por compasión ($\beta=-.006$, $p>.001$) ni del burnout ($\beta=-.029$, $p>.001$), resultado que es inconsistente con lo hallado por Sprang, et al. (2007) con respecto a la relación entre estas mismas variables. Igualmente, hubo una relación inversamente significativa entre la antigüedad del servicio profesional con el burnout ($r=-.219$, $p<.001$) y la fatiga por compasión ($r=-.186$, $p<.001$), es decir, a mayor antigüedad menor burnout y menor fatiga por compasión, pero no contribuyó a la predicción del burnout ($\beta=-.004$, $p>.001$) ni de la fatiga por compasión ($\beta=.134$, $p>.001$). Los autores indican que evaluar la antigüedad y el género por sí solos puede ser un método impreciso, por lo que recomiendan examinar aspectos como el tipo de responsabilidades en el trabajo y el contacto específico que mantienen los asesores con sus clientes.

La satisfacción por compasión contribuyó a la predicción del burnout ($\beta=-.386$, $p<.001$), donde una mayor satisfacción por compasión se asoció con un menor burnout ($r=-.679$, $p<.001$), pero no contribuyó para la predicción de la fatiga por compasión ($\beta=.082$, $p>.001$). Por su parte, el mindfulness contribuyó tanto para la predicción del burnout ($\beta=-.227$, $p<.001$) como para la fatiga por compasión ($\beta=-.299$, $p<.001$), de manera que una mayor extensión de las actitudes del mindfulness estuvo asociada con un menor burnout ($r=-.546$, $p<.001$) y una menor fatiga por compasión ($r=-.448$, $p<.001$).

Los estilos de afrontamiento orientados a la solución del problema y orientados a la emoción no contribuyeron a la predicción del burnout ($\beta_{\text{problema}}=.136$, $p>.001$; $\beta_{\text{emoción}}=-.162$, $p>.001$) ni a la de la fatiga por compasión ($\beta_{\text{problema}}=.062$, $p>.001$; $\beta_{\text{emoción}}=-.046$, $p>.001$), así como tampoco reflejaron

relaciones significativas ($r_{\text{problema-burnout}}=.087$, $r_{\text{problema-fatiga}}=.110$, $r_{\text{emoción-burnout}}=-.037$, $r_{\text{emoción-fatiga}}=.097$, todas con $p>.001$). En cambio, los estilos de afrontamiento maladaptativos contribuyeron a la predicción del burnout ($\beta=.199$, $p<.001$) y de la fatiga por compasión ($\beta=.217$, $p<.001$), de manera que un mayor uso de este tipo de estrategias estuvo asociado a un mayor burnout ($r=.446$, $p<.001$) y a una mayor fatiga por compasión ($r=.411$, $p<.001$). Estos hallazgos empíricos avalan las hipótesis planteadas por distintos autores acerca del poder predictivo que puede tener el uso de determinados tipos de afrontamiento sobre el padecimiento de la fatiga por compasión y burnout.

Otro estudio que presenta la relación entre los estilos de afrontamiento y la fatiga por compasión, donde a su vez evalúan otras variables como la inteligencia emocional y afecto negativo, es el de Zeidner, Hadar, Matthews y Roberts (2013), quienes dispusieron de 182 profesionales de la salud provenientes de 13 hospitales/clínicas ubicadas en Israel. El 49% se especializaba en la salud mental (psicólogos clínicos, trabajadores sociales clínicos y psiquiatras) y el 51% en salud física (medicina general y sus especialidades, tales como cirugía, pediatría, neurología, entre otros), con el requisito de que cada participante estuviese activamente envuelto en proveer cuidado médico, psiquiátrico o psicológico a individuos que hubiesen sufrido trauma físico o psicológico.

Utilizaron el Schutte Self-Report Inventory (SSRI, Schutte, et al., 1998) para medir la inteligencia emocional, la subescala de manejo emocional del Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT, Mayer, Salovey y Caruso, 2002) para evaluar el manejo emocional, el Coping Inventory for Stressful Situations – Situation Specific Coping (CISS-SSC, Endler y Parker, 1990) para medir tres dimensiones del afrontamiento: (a) orientado al problema, (b) orientado a la emoción y (c) de evitación. Usaron las subescalas de estado anímico del Dundee Stress State Questionnaire (Matthews, et al., 2002) para evaluar el afecto negativo, y el ProQOL de Stamm (2010) para medir la fatiga por compasión.

Como resultados obtuvieron diferencias significativas de acuerdo al tipo de profesión y el rasgo de inteligencia emocional ($F=3,99$, $p<.05$, $\eta^2=.02$), afrontamiento por evitación ($F=12,29$, $p<.001$, $\eta^2=.07$), y afecto negativo

($F=14,83$, $p<.001$, $\eta^2=.08$), donde los profesionales de salud mental, al compararlos con los profesionales de la salud física, presentaron mayor inteligencia emocional ($\bar{x}_{\text{mental}}=3,8$ y $DT_{\text{mental}}=.38$; $\bar{x}_{\text{física}}=3,68$ y $DT_{\text{física}}=.43$), mayor afrontamiento evitativo ($\bar{x}_{\text{mental}}=2,49$ y $DT_{\text{mental}}=.78$; $\bar{x}_{\text{física}}=2,02$ y $DT_{\text{física}}=.68$) y mayor afecto negativo ($\bar{x}_{\text{mental}}=2,59$ y $DT_{\text{mental}}=1,02$; $\bar{x}_{\text{física}}=1,86$ y $DT_{\text{física}}=.9$). Los autores atribuyen que los altos índices de inteligencia emocional en los profesionales de la salud mental parecen sobreponerse a los efectos dañinos de los niveles altos de afrontamiento evitativo y afecto negativo, debido a que no encontraron diferencias significativas en relación al grado de fatiga por compasión con el tipo de profesión.

En cuanto al género, hallaron diferencias significativas en relación al afrontamiento evitativo ($F=7,02$, $p<.01$, $\eta^2=.04$) y a la fatiga por compasión ($F=5,22$, $p<.05$, $\eta^2=.03$), donde las mujeres, en comparación a los hombres, presentaron mayores niveles de afrontamiento evitativo ($\bar{x}_{\text{mujer}}=2,4$ y $DT_{\text{mujer}}=.72$; $\bar{x}_{\text{hombre}}=2,1$ y $DT_{\text{hombre}}=.74$) y un mayor grado de fatiga por compasión ($\bar{x}_{\text{mujer}}=38,16$ y $DT_{\text{mujer}}=11,23$; $\bar{x}_{\text{hombre}}=34,02$ y $DT_{\text{hombre}}=11,45$).

Realizaron una regresión lineal sobre la fatiga por compasión, utilizando como variables predictoras la inteligencia emocional, el manejo emocional y el afecto negativo, controlando la edad, género y tipo de profesión. El conjunto de variables predictoras explicaron un 15% ($R^2=.15$, $SE=11,29$, $F=8,61$, $p<.01$) de la varianza en los niveles de fatiga por compasión. En este sentido, hubo una relación inversa y significativa entre la fatiga por compasión con los rasgos de inteligencia emocional ($\beta=-.18$, $t=-2,29$, $p<.05$) y manejo emocional ($\beta=-.18$, $t=-2,35$, $p<.01$), y una relación positiva y significativa con afecto negativo ($\beta=.43$, $t=6,16$, $p<.01$). Es decir, mayores niveles de fatiga por compasión se asocian con mayores niveles de afecto negativo y con menores niveles de inteligencia y manejo emocional.

Luego efectuaron una regresión lineal sobre la fatiga por compasión, utilizando como variables predictoras las dimensiones del afrontamiento, controlando la edad, el género y el tipo de profesión. El conjunto de variables predictoras explicaron un 41% ($\Delta R^2=.41$, $SE=11,29$, $F=32,58$, $p<.01$) de la

varianza de los niveles de fatiga por compasión. En este sentido, hubo una relación inversa y significativa entre la fatiga por compasión y el afrontamiento orientado al problema ($\beta=-.17$, $t=-2,75$, $p<.01$) y una relación positiva y significativa entre la fatiga por compasión y el afrontamiento orientado a la emoción ($\beta=.56$, $t=8,52$, $p<.01$), pero no hubo relación entre la fatiga por compasión y el afrontamiento evitativo. Estos hallazgos son consistentes con las hipótesis planteadas acerca de que una mayor fatiga por compasión está vinculada con un mayor afrontamiento desadaptativo (emocional/evitativo) y con un menor afrontamiento adaptativo (orientado a la solución del problema).

Tal y como se ha expuesto hasta el momento, diversas investigaciones recalcan la importancia de factores psicosociales laborales como el tipo de profesión, el grado de especialización, la antigüedad de servicio profesional, la jornada laboral, la condición de contratación, el tipo de institución/organización, el género, entre otros, como imprescindibles al medirlos junto a los estilos de afrontamiento, burnout y fatiga por compasión.

En una revisión sistemática realizada por Feldman y Blanco (2012), quienes examinaron los distintos estudios producidos en Venezuela sobre los factores psicosociales laborales entre los años de 2004 hasta 2010, pudieron determinar que el estudio de estos factores en el país se encuentra en una etapa incipiente, dado que la mayor parte de los trabajos abordan los efectos de estos factores y no los factores psicosociales en sí.

Realizaron su revisión mediante un muestreo intencional de las bases de datos electrónicas disponibles que contenían información acerca de tesis de grado (pre-grado y post-grado), trabajos de investigación realizados por docentes universitarios y artículos publicados en revistas arbitradas en castellano relacionados con factores psicosociales laborales que utilizaron muestras de trabajadores venezolanos.

Específicamente, revisaron las bases electrónicas de: (a) la Universidad Bolivariana de Venezuela, (b) la Universidad Católica Andrés Bello, (c) la Universidad Central de Venezuela, (d) la Universidad Simón Bolívar, (e) la Universidad de los Andes, y (f) la Universidad del Zulia. En total analizaron 36

investigaciones que abordaron tanto la evaluación de los factores psicosociales como sus efectos.

De las 36 investigaciones revisadas, el mayor porcentaje (77,6%) se refirieron a estudios sobre los efectos de los factores psicosociales laborales (estrés ocupacional, burnout, acoso laboral), un 11,11% a los factores psicosociales propiamente (donde la inseguridad laboral fue el factor de riesgo común, entendida como la inseguridad sobre condiciones de trabajo tales como movilidad funcional y geográfica, cambios de la jornada y horario de trabajo, Candia, Pérez y Gonzáles, 2016), y un 11,11% a variables de carácter personal (estilos de humor, afrontamiento, cualidad del rol, entre otros).

Encontraron que el estrés ocupacional fue objeto de estudio en 58,33% de las investigaciones, el burnout fue objeto de estudio en un 16,66% de las investigaciones, específicamente al diagnóstico del mismo y a su relación con variables sociodemográficas, organizacionales y personales como los estilos de afrontamiento (Cepeda, 2009; D' Anello, D' Orazio, Barreat y Escalante, 2009; Díaz y Pignataro, 2004; Figuera y Salas, 2009; García y Pertuz, 2005; Oramas, Almirall y Fernández, 2007; Sandoval y Yáber, 2009), encontrando niveles entre moderados y bajos de burnout en profesionales de la salud. Una sola de las investigaciones abordó el acoso laboral (2,77%).

En cuanto al tipo de participantes, la mayor parte pertenece al área de la salud (58,33%), en su mayoría enfermeros(as), lo que los autores asocian a que este grupo ha sido naturalmente uno de los más afectados por el impacto de los factores psicosociales laborales negativos sobre la salud y el trabajo. De las 36 investigaciones revisadas, 12 (33,33%) incluyeron medidas de salud, la mayoría de ellas auto-percibida.

En cuanto al tipo y diseño de investigación, estos estudios se caracterizaron por utilizar en su totalidad (100%) diseños de tipo transversal. Más de la mitad fueron estudios descriptivos (47,2%) o descriptivo-correlacionales (8,33%). Un 36,11% alcanzaron a ser estudios predictivos. Dos investigaciones utilizaron metodología cualitativa (5,5%) y un solo trabajo evaluó el efecto de un programa de intervención utilizando un diseño A-B (2,7%).

Se considera que esta revisión representó un aporte para el conocimiento del estado actual de esta temática en Venezuela, por lo cual los autores proponen estimular investigaciones cuyo objeto de estudio esté centrado en los factores psicosociales laborales, es decir, en conocer e intervenir sobre las causas y no sólo sobre los efectos que tienen estos factores sobre la salud de los trabajadores.

Para sintetizar lo expuesto en esta investigación documental, se tiene que la situación de crisis humanitaria en Venezuela genera un reto para los profesionales de la salud, entre ellos, la exposición continua a los relatos traumáticos que hacen los pacientes, lo que puede generar fatiga por compasión y burnout si no se emplean las estrategias de afrontamiento adecuadas, o en su defecto, se utiliza un estilo de afrontamiento desadaptativo. Además, una serie de factores psicosociales laborales tales como el tipo de profesión, la antigüedad de ejercicio profesional, el sitio de trabajo, el género, entre otros, se han encontrado relacionados con un mayor padecimiento de burnout y fatiga por compasión (Cicognani, et al., 2009; Craig y Sprang, 2010; Dasan, et al., 2015; Grau, et al., 2009).

Por este motivo, para el presente proyecto de investigación se ha planteado estudiar la relación entre los estilos de afrontamiento y algunos factores psicosociales laborales con el burnout y la fatiga por compasión en profesionales de la salud y asistencia social, considerando la percepción de crisis humanitaria venezolana de los participantes, lo que según las divisiones la Asociación Americana de Psicología (American Psychological Association [APA], 2018) podrá ser ubicado en la división 38 (Sociedad de Psicología de la Salud), en la medida que se pretende contribuir al entendimiento de la salud, en este caso de profesionales sanitarios.

Método

Problema

¿Cómo se relacionan los estilos de afrontamiento, el síndrome de burnout y la fatiga por compasión en profesionales de la salud y asistencia social en el marco de la crisis humanitaria venezolana, según su género, tipo de profesión y antigüedad de servicio profesional?

Hipótesis

Hipótesis general.

Los estilos de afrontamiento, género, tipo de profesión y antigüedad de servicio profesional predicen el burnout y la fatiga por compasión en profesionales de la salud y asistencia social venezolanos.

Hipótesis específicas.

Se verificarán las relaciones planteadas en el diagrama de rutas presentado en la figura 1.

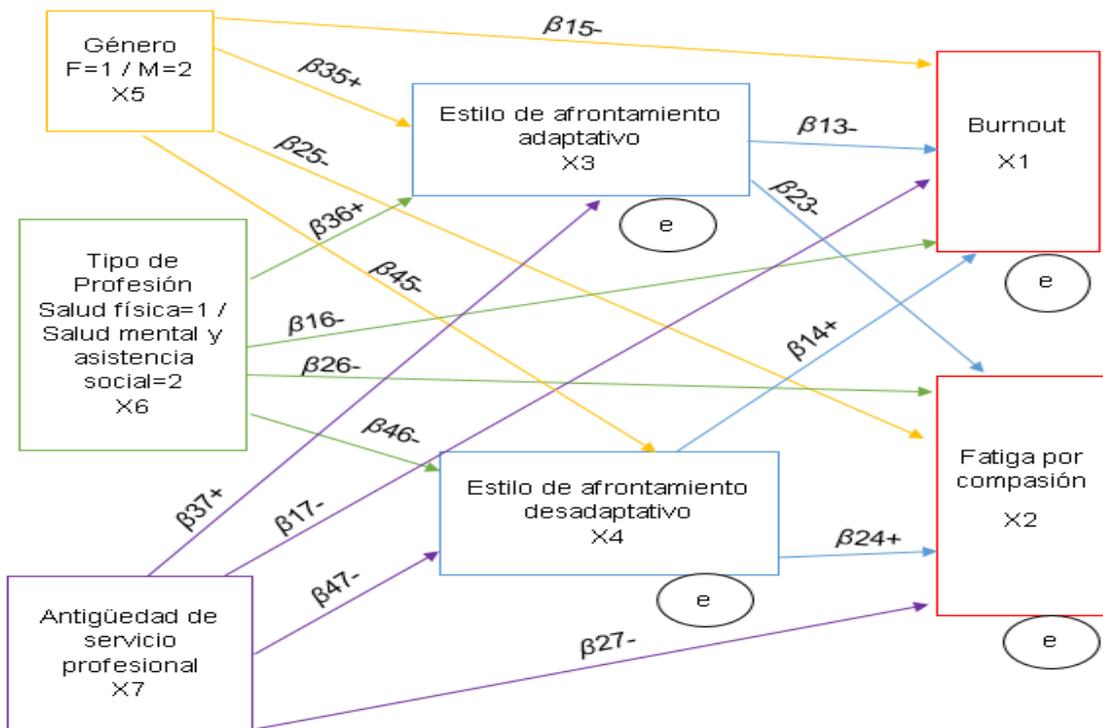


Figura 1. Diagrama de ruta propuesto. Cada flecha representa la relación asimétrica hipotetizada entre las variables. Los coeficientes beta indican la

magnitud y dirección de la relación (positiva o negativa) y los números indican las variables implicadas (por ejemplo, la relación β_{13} indica que el grupo de personas que emplean estilos de afrontamiento adaptativos presentarán menor grado de burnout). e =Error de estimación.

Definición de variables

VARIABLES A PREDECIR

Síndrome de burnout.

Definición conceptual: Respuesta al estrés laboral crónico, integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la vivencia de encontrarse emocionalmente cansado (Maslach y Jackson, 1981), el cual se compone de tres dimensiones:

- **Desgaste emocional:** El trabajador se siente desgastado, exhausto afectivamente y sin energía como consecuencia de la pérdida de interés y satisfacción por el contacto diario y sostenido con los pacientes. Aparecen sentimientos de indefensión tras haber puesto en marcha mecanismos de defensa sin resultado satisfactorios.
- **Cinismo:** Actitud fría, con pérdida de empatía e implicación hacia los pacientes (a los que se puede llegar a culpar de la situación o enfermedad que están atravesando en un arranque de deshumanización) como resultado de un cambio de actitud con sentimientos negativos, hostilidad e incluso depresión. Es un intento de poner distancia entre uno mismo y los pacientes.
- **Baja eficacia personal:** Sentimiento de inadecuación a las tareas que el trabajador realiza (de ineficacia e incompetencia), con pobre autoconcepto y autoestima. Se desmerece el trabajo y la institución, y se da una reducción del sentimiento logro personal.

Definición operacional: Puntaje total obtenido en el Inventario de Burnout de Maslach (Maslach y Jackson, 1981), escala de tipo Likert (0=Nunca, 1=Pocas veces al año, 2=Una vez al mes, 3=Unas pocas veces al mes, 4=Una vez a la semana, 5=Pocas veces a la semana, 6=Todos los días) que se divide en las subescalas de: (a) Desgaste Emocional, que consta de nueve ítems con puntajes

que oscilan entre 0 y 54, (b) Cinismo, que contiene cinco ítems con puntajes que oscilan entre 0 y 30, y (c) Eficacia Profesional, que posee ocho ítems con puntajes que oscilan entre 0 y 48. Se invertirá la escala de Eficacia Profesional y se sumarán las puntuaciones de las tres escalas para poder determinar el grado total de burnout.

Fatiga por compasión

Definición conceptual: Hace referencia al estrés traumático secundario, caracterizado por una agotadora emoción que se origina en la continua compasión o empatía por quienes están en crisis, y que desemboca en síntomas derivados del estrés postraumático, entre ellos, la intrusión de pensamientos sobre el evento traumático, la evitación de estímulos asociados con el mismo y un aumento de activación persistente (Figley, 1995).

Definición operacional: Puntaje total obtenido en Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS, Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004; adaptada por Guerra y Saiz, 2007), que incluye 17 ítems con respuestas de tipo Likert (0=Nunca, 1=Raramente, 2=Ocasionalmente, 3=Con frecuencia, 4=Con mucha frecuencia), cuyos puntajes oscilan entre 0 y 68 para la sumatoria de las respuestas de la escala total y subescalas, donde mayores puntajes se asocian con una alta fatiga por compasión para la escala total.

Variables predictoras

Estilos de afrontamiento

Definición conceptual: Esfuerzos cognitivos y conductuales cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984) y que pueden estar orientadas a la aproximación (adaptativas) o evitación (desadaptativas) para manejar el estrés (Moos, 1993). Los estilos se clasifican en:

- Afrontamiento Emocional: Reacciones emocionales negativas, de rabia o tristeza ante el evento estresante.
- Afrontamiento Racional: Comportamientos orientados a solucionar el problema que se afronta y a reevaluarlo cognitivamente.

- Afrontamiento por Desapego: Sentimientos e ideas de desvinculación con la situación estresante.
- Afrontamiento Evitativo: Mantenerse sin emitir conductas para atender el problema y esperar a que éste se resuelva por sí solo (Roger, Jarvis y Najarian, 1993).

Definición operacional: Puntaje total obtenido en el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (CSQ, Guarino, Sojo y Bethelmy, 2007) para cada dimensión: (a) Afrontamiento Emocional, con 11 ítems, (b) Afrontamiento Racional, con 11 ítems, (c) Afrontamiento por Desapego, con 12 ítems y (d) Afrontamiento Evitativo, con 6 ítems. Se responde de manera autoadministrada mediante una escala de tipo Likert (0=Nunca, 1=Algunas Veces, 2=Frecuentemente y 3=Siempre) y mayores puntajes indican un mayor uso del tipo de afrontamiento. Se agruparán las dimensiones en dos categorías conceptualmente congruentes según el modelo de Moos (1993); estilo de afrontamiento adaptativo, donde se suman las subescalas de afrontamiento racional y por desapego, y estilo de afrontamiento desadaptativo, donde se suman las subescalas de afrontamiento emocional y evitativo.

Factores psicosociales laborales

Los factores psicosociales laborales, como variable de estudio, abarcan una amplia gama de fenómenos condicionantes pueden generar salud o enfermedad en función de características individuales y de estructura social en la actividad laboral (Juárez, 2017). Para la presente investigación, se han delimitado primordialmente las siguientes categorías:

Tipo de profesión

Definición conceptual: Ocupación que requiere un conocimiento especializado, una capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido de trabajo y organización especial mediante colegios profesionales, sindicatos o gremios, además de normas éticas y de servicio a la comunidad (Fernández, 2001).

Definición operacional: Indicación que hace el sujeto en la sección de encuesta acerca de si es profesional de medicina, enfermería, psicología,

psiquiatría o trabajo social. Se codifica como 1=Medicina, 2=Enfermería, 3=Psicología, 4=Psiquiatría y 5=Trabajo social.

Antigüedad de servicio profesional

Definición conceptual: Actividad acumulada en el ámbito profesional durante el transcurso del tiempo que requiere especialización, capacitación educativa de alto nivel, control sobre el contenido de trabajo y organización especial mediante colegios profesionales, sindicatos o gremios, además de normas éticas y de servicio a la comunidad (Fernández, 2001).

Definición operacional: Indicación que hace el sujeto en la sección de encuesta sobre la cantidad de años que ha trabajado como profesional de la salud o asistencia social.

Género

Definición conceptual: Roles socialmente construidos, comportamientos, actividades y atributos que una sociedad considera como apropiados para hombres y mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Definición operacional: Indicación que hace el sujeto en la sección de encuesta en cuanto a si pertenece al género femenino o al masculino. Se codifica como Femenino=1 y Masculino=2.

Tipo de investigación

La presente investigación fue no experimental, ex post facto, definida por Kerlinger y Lee (2002) como “la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o son inherentemente no manipulables” (p.504). Se midieron las variables de estilos de afrontamiento y factores psicosociales laborales, pero no se manipularon.

A su vez fue de campo dado que, como menciona Kerlinger y Lee (2002), se buscó evaluar relaciones e interacciones entre variables psicológicas en estructuras sociales reales.

Diseño de investigación

De acuerdo al objetivo del presente estudio, que fue conocer el grado de asociación entre el síndrome de burnout y la fatiga por compasión con las variables de estilos de afrontamiento y factores psicosociales laborales, se utilizó un diseño correlacional causal (Hernández, Fernández y Baptista, 2015), el cual permitió determinar la dirección y magnitud de la relación existente entre las variables de estudio, además la medición se realizó de forma transversal, es decir, en un solo momento temporal para cada individuo (Kerlinger y Lee, 2002).

Diseño muestral

La población de estudio abarca profesionales de la salud y asistencia social que ejercen su profesión en Venezuela. Para seleccionar la muestra, se utilizó un muestreo no probabilístico de conveniencia, el cual, según Kerlinger y Lee (2002) se caracteriza por el uso de juicios e intenciones deliberadas para obtener muestras representativas al incluir áreas o grupos que se presumen son típicos en la población.

En este sentido, los criterios de inclusión fueron: (a) Profesionales graduados de medicina, enfermería, psicología y trabajo social, (b) inclusión de las distintas especialidades de las profesiones, (c) que estuviesen residenciados en Venezuela, (d) que trabajasen en el ámbito público o privado.

Por su parte, el tamaño necesario de la muestra fue determinado con base en la propuesta de Guildford (1954) y Kline (1986) para estudios en los que se realizan análisis factorial de los instrumentos, donde el número total de la muestra se calcula en función del número total de ítems de los instrumentos y las diferentes categorías en las que se divide la muestra. En este caso, el número total de ítems y categorías es 88 (género=2, profesión=5, nivel de instrucción=4 [licenciatura, especialización, maestría y doctorado], tipo de institución u organización=3 [pública, privada y otros], estado o ciudad de procedencia=2 [Gran Caracas y otros], escala de fatiga por compasión=17, escala de burnout=15 y escala de afrontamiento=40), dicha cantidad multiplicado por 3k, suma un total de 264 sujetos, que fue el mínimo para conformar la muestra.

Instrumentos, aparatos y/o materiales

Cuestionario simple de factores psicosociales laborales y afectación por la crisis humanitaria en Venezuela percibida

El cuestionario (anexo A), se utilizó para recoger información de los participantes sobre la edad en años, género (femenino/masculino), el tipo de institución/organización (pública, privada y otros), profesión (medicina, enfermería, psicología y trabajo social) así como el nivel de instrucción (para fines descriptivos de la muestra y, en el caso de los médicos, identificar a los psiquiatras), antigüedad del servicio profesional en años y estado o ciudad de Venezuela donde se ubicaban.

Además, se utilizó un cuestionario creado en esta investigación para evaluar la percepción de crisis humanitaria en Venezuela, medida a través de: (a) Indicadores señalados por Human Rights Watch (2016) y Transparencia Venezuela (2017) de crisis humanitaria o emergencia compleja en Venezuela, siendo un mayor número de indicadores señalados por el participante un índice de una mayor percepción de crisis en el país, y (b) una escala que se puntúa del 0 al 3 (Nada – Mucho respectivamente) para evaluar el grado de afectación laboral del participante por la situación del país.

Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory-General Survey, MBI-GS, Maslach y Jackson, 1981) validado por Millán y D'Aubeterre (2012)

Para medir el grado de burnout se usó el MBI-GS (Maslach y Jackson, 1981) adaptado por Oramas, González y Vergara (2007) al contexto latinoamericano y validado por Millán y D'Aubeterre (2012) en una muestra venezolana. La evaluación del instrumento se hace a partir de tres dimensiones: (a) Desgaste Emocional, (b) Cinismo y (c) Eficacia Personal. Esta última dimensión es valorada en dirección inversa a la de las dimensiones de Desgaste Emocional y Cinismo, ya que está relacionada con las expectativas que se tienen en relación con la profesión que se desempeña, y se expresa en las creencias del sujeto sobre su capacidad de trabajo, su contribución eficaz a la organización laboral y la realización personal.

La escala es de tipo Likert (0=Nunca, 1=Pocas veces al año, 2=Una vez al mes, 3=Unas pocas veces al mes, 4=Una vez a la semana, 5=Pocas veces a

la semana, 6=Todos los días) y se puede autoadministrar. En cuanto a cada dimensión: (a) Desgaste Emocional, con puntajes que oscilan entre 0 y 24, consta de los ítems 3, 5, 7 y 12, (b) Cinismo, con puntajes que oscilan entre 0 y 30 contiene los ítems 2, 8, 10, 11 y 14, (c) Eficacia Profesional, con puntajes que oscilan entre 0 y 36 posee los ítems 1, 4, 6, 9, 13 y 15. Al sumar el total de cada subescala, puntuaciones altas en las dos primeras y bajas en la tercera indican alto burnout (Anexo B).

Este instrumento surge del Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach y Jackson, 1981), el cual se ha adaptado a diversas profesiones, pero cuando era aplicado a labores no asistenciales, sus problemas psicométricos se acentuaban y se solapaban los factores de cinismo y de agotamiento emocional. Además, el componente de cinismo resultaba extraño para los sujetos que no tenían interacción con clientes o usuarios en su trabajo. En la tercera edición del MBI, aparece explícitamente la reelaboración teórica y operacional del burnout aplicado a profesiones no asistenciales. Este síndrome se concibe entonces como una crisis en las relaciones con el propio trabajo, sin que signifique necesariamente una crisis en las relaciones con las personas en el trabajo, por lo que es propuesto el MBI-General Survey (MBI-GS) como un instrumento para evaluar las actitudes ante el trabajo (Oramas, et al. 2007).

De acuerdo con el estudio realizado por Millán y D'Aubeterre (2012) en una muestra 233 participantes provenientes del área metropolitana de Caracas con edades comprendidas entre los 18 y 69 años ($\bar{x}=37$), los resultados del instrumento son satisfactorios si se prescinde del ítem 1: "Me siento emocionalmente agotado(a) por mi trabajo" debido a que el mismo posee una carga factorial que lo vincula con los ítems de la dimensión de cinismo (.65) y no con la de agotamiento emocional que establece el manual original del instrumento, de manera que para el presente proyecto de investigación fue omitido el ítem.

Millán y D'Aubeterre (2012) indican que los valores encontrados de confiabilidad fueron adecuados (alfas de Cronbach de .83 para cinismo, .70 para agotamiento emocional y .81 para eficacia Profesional). En cuanto a evidencia de validez, mediante análisis factorial exploratorio encontraron adecuación

muestral ($KMO=.85$), cumplimiento del supuesto de independencia (Test de Esfericidad de Bartlett con $p<.05$) y establecimiento de tres factores mediante el gráfico de sedimentación, confirmando el modelo tridimensional del MBI-GS.

En el presente estudio se comprobaron las propiedades psicométricas del instrumento, para lo cual, en primer lugar, se realizó un análisis factorial de los ítems que conforman la escala, hallando un $KMO=.867$ y que se cumple el supuesto de esfericidad de Bartlett ($p<.05$), lo que implica que dicho análisis fue adecuado. Para la extracción de factores se utilizó un autovalor igual a 1,5, obteniendo dos factores que explican el 49,54% de la varianza, tal como se detalla en la tabla 4 y en el gráfico de sedimentación (figura 2).

Tabla 4.

Varianza total explicada obtenida del análisis factorial del MBI-GS.

Factor	Autovalores iniciales		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	5,298	35,332	35,32
2	2,132	14,215	49,537
3	1,144	7,628	57,165
4	.890	5,932	63,097
5	.839	5,595	68,692
6	.762	5,080	73,772
7	.645	4,301	78,073
8	.575	3,833	81,907
9	.539	3,595	85,502
10	.463	3,087	88,589
11	.437	2,914	91,504
12	.426	2,840	94,344
13	.353	2,351	96,695
14	.266	1,776	98,471
15	.229	1,529	100

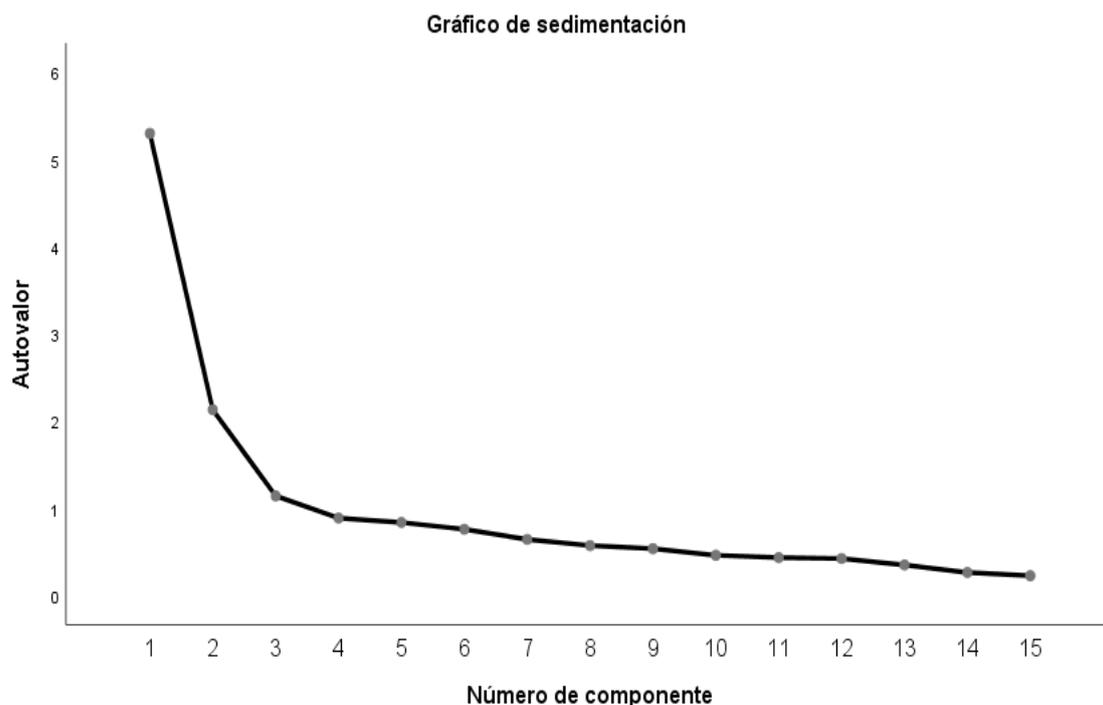


Figura 2. Gráfico de sedimentación obtenido del análisis factorial del MBI-GS. El eje de las abscisas representa la cantidad de componentes que se deben extraer en relación a un autovalor (eje de las ordenadas) mayor o igual a 1,5.

Para facilitar el análisis de las cargas factoriales se empleó la rotación varimax y se suprimieron las cargas inferiores a .30, obteniendo la matriz que se muestra en la tabla 5. Como puede observarse, los ítems que corresponden a la las dimensiones de Cinismo y Desgaste Emocional se combinan en un mismo componente, mientras que los ítems de Eficacia Personal cargan en el segundo componente.

Si bien no se obtuvieron las tres dimensiones originales, se halló sustento al planteamiento que la Eficacia Personal es un constructo que se distingue del Cinismo y el Desgaste Emocional en sentido opuesto, por lo que al invertir los valores de la variable se puede obtener una medida unitaria del burnout.

Tabla 5.

Matriz de componentes rotados para el MBI-GS.

Ítem – dimensión	Componente	
	1	2
1 – eficacia personal		.563

2 – cinismo	.654	
3 – desgaste emocional	.728	
4 – eficacia personal	.676	
5 – desgaste emocional	.657	
6 – eficacia personal	.719	
7 – desgaste emocional	.750	
8 – cinismo	.809	
9 – eficacia personal	.622	
10 – cinismo	.694	
11 – cinismo	.803	
12 – desgaste emocional	.563	
13 – eficacia personal	.674	
14 – cinismo	.543	.422
15 – eficacia personal	.667	

Por otra parte, se calculó la consistencia interna (alfa de Cronbach), obteniendo índices de: (a) .865 para la escala total, (b) .754 para Eficacia Personal, (c) .848 para Cinismo y (d) .749 para Desgaste Emocional, lo cual representa indicadores de confiabilidad adecuados.

Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS, Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004; adaptada por Guerra y Saiz, 2007)

Para evaluar la fatiga por compasión se utilizó la EETS, creada por Bride, et al. (2004), y adaptada al español por Guerra y Saiz (2007). Está compuesta por 17 ítems que miden la frecuencia de síntomas intrusivos (ítems 2, 3, 6, 10 y 13 con puntuaciones entre 0 y 20), evitativos (ítems 1, 5, 7, 9, 12, 14 y 17, con puntuaciones entre 0 y 28) y de activación psicofisiológica (ítems 4, 8, 11, 15 y 16, con puntuaciones entre 0 y 20) que caracterizan al estrés traumático secundario. La escala de respuestas es de tipo Likert con cinco opciones de respuesta (0=nunca, hasta 4=con mucha frecuencia), se aplica de manera autoadministrada y mayores puntajes para la escala total indican mayor fatiga por compasión o estrés traumático secundario.

La EETS fue desarrollada usando datos de una muestra de 287 trabajadores sociales en un Estado del sudeste de Estados Unidos, cuyas propiedades psicométricas, según el estudio original (Bride, et al., 2004) indicaron buena consistencia interna (alfa de Cronbach) para la escala total (.93) y para las subescalas de intrusión (.80), evitación (.87) y activación (.83), y mediante modelo de ecuaciones estructurales, análisis factorial confirmatorio y análisis discriminante se encontró evidencia de validez que apoya la estructura de tres factores.

En un estudio realizado por Montero (2014), se propuso el objetivo de estimar la prevalencia del estrés traumático secundario en 82 profesionales de la salud que desempeñaban su actividad laboral en el Hospital Vilardebó, Uruguay, donde el 70,4% fueron mujeres y las edades se distribuyeron entre los 23 y 65 años ($\bar{x}=42,6$ y $DT=9,4$), con una media en relación al tiempo de ejercicio de la profesión de 13,91 años ($DT=9,26$).

Como resultados se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de .91 para la escala total, .73 para la subescala de intrusión, .78 para la subescala de evitación y .80 para la subescala de activación, indicando un adecuado nivel de consistencia interna tanto para la escala total como para sus dimensiones. Hallaron que los síntomas de activación son los que se presentan de manera más frecuente ($\bar{x}=2,3$ y $DT=.8$) en comparación con los síntomas de evitación ($\bar{x}=2,1$ y $DT=.7$; $t=3,05$ y $p<.01$) y síntomas intrusivos ($\bar{x}=1,8$ y $DT=.6$; $t=6,82$ y $p<.001$), y los síntomas de evitación son significativamente mayores que los de intrusión ($t=4,50$ y $p<.001$).

Como evidencia de validez convergente, se encontró una relación significativa entre el EETS global con las tres dimensiones del MBI-GS: (a) agotamiento emocional, $r=.762$ y $p<.001$, (b) despersonalización, $r=.5$ y $p<.001$ y (c) realización personal, $r=-.237$ y $p<.05$. Como evidencia de validez divergente, se hallaron relaciones significativas entre el EETS global y escalas que miden:

- El mindfulness ($r=-.416$ y $p<.001$), definido como la capacidad inherente a la conciencia humana que permite atender a los fenómenos que se experimentan en cada momento presente, de un modo en el que se aceptan tal y como

emergen en la conciencia, sin realizar juicios sobre ellos (Baer, Smith y Allen, citado en Montero, 2014)

- El autocuidado ($r=-.386$ y $p<.001$), entendido como el conjunto de acciones intencionadas que realiza una persona cualquiera para controlar los factores internos y externos, que pueden comprometer su vida y su desarrollo posterior (Uribe, citado en Montero, 2014)
- La recuperación ($r=-.425$ y $p<.001$), la cual se refiere a un proceso en el que los sistemas funcionales individuales que se han puesto en marcha durante una experiencia estresante retornan a sus niveles previos (Meijman y Mulder, citado en Montero, 2014).

Dado que la EETS no había sido aplicada en el contexto venezolano, se realizó un estudio piloto para la presente investigación, a 81 profesionales de la salud ubicados en Caracas, tomando en cuenta la edad, género y tipo de institución/organización.

La muestra estuvo conformada en un 64,2% por mujeres y 35,8% hombres, con edades entre los 23 y 70 años ($\bar{x}=37,98$ y $DT=11,382$), donde 16% fueron médicos, 23,5% enfermeros(as), 29,5% psicólogos(as), 9,9% psiquiatras y 21% trabajadores(as) sociales. Por su parte, 48,1% pertenecían a instituciones públicas, 39,5% a instituciones privadas y 12,3% a otros tipos de organizaciones o instituciones.

Como resultados se obtuvo un $KMO=.815$ y se cumple el supuesto de esfericidad de Bartlett ($p<.05$), demostrando que hacer el análisis factorial es factible. Se extrajeron los 3 factores propuestos (evitación, intrusión, activación), obteniendo un 57,47% de varianza explicada, sin embargo, al analizar los componentes, los ítems 4, 12, 14 y 17 no corresponden con sus respectivas dimensiones teóricas.

En el gráfico de sedimentación (figura 3) se puede observar que dos factores son suficientes (49,35% de varianza explicada). Extrayendo estos dos factores (tabla 6) se determina que uno está relacionado específicamente a los efectos intrusivos, evitativos y de activación fisiológica que genera trabajo con pacientes (ítems 2, 3, 6, 10, 12, 13 y 14) mientras que el otro está relacionado a

los mismos efectos de la fatiga por compasión pero de forma generalizada (ítems 1, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 16 y 17).

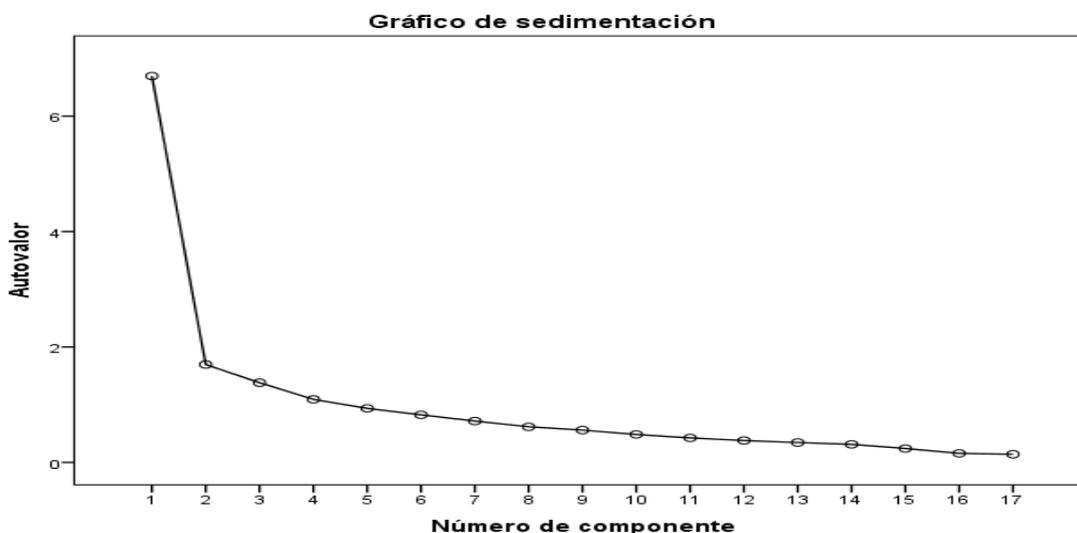


Figura 3. Gráfico de sedimentación obtenido a partir del análisis factorial de la EETS realizado para la fase piloto del estudio. El eje de las abscisas representa la cantidad de componentes que se deben extraer en relación a un autovalor (eje de las ordenadas) mayor o igual a 1,5.

Tabla 6.

Matriz de componentes rotados mediante el método varimax para el EETS obtenido en la fase piloto del estudio.

Ítem – dimensión	Componente	
	1	2
1 – evitación		.509
2 – intrusión	.521	
3 – intrusión	.511	
4 – activación fisiológica		.548
5 – evitación		.826
6 – intrusión	.816	
7 – evitación		.512
8 – activación fisiológica	.616	
9 – evitación		.706
10 – intrusión	.705	
11 – activación fisiológica		.685

12 – evitación	.725
13 – intrusión	.752
14 – evitación	.792
15 – activación fisiológica	.480
16 – activación fisiológica	.646
17 – evitación	.471

Por último, se obtuvo el alfa de Cronbach para determinar el coeficiente de consistencia interna, obteniendo un índice de .89 para la escala total, de manera que una medición unitaria de la fatiga por compasión a través de esta escala resultó confiable para ser aplicada en la muestra definitiva.

Al analizar las propiedades psicométricas en la muestra definitiva se halló que el uso de análisis factorial resultó pertinente (KMO=.922 y test de Bartlett con $p < .05$) para extraer factores a partir de los ítems de la escala. En este sentido, usando como criterio un autovalor igual a 1,5, se obtuvo un solo factor que explica el 41,59% de la varianza (tabla 7 y figura 4).

Tabla 7.

Varianza total explicada obtenida del análisis factorial del EETS.

Factor	Autovalores iniciales		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	7,071	41,592	41,592
2	1,259	7,405	48,996
3	1,140	6,707	55,703
4	.911	5,358	61,061
5	.819	4,820	65,881
6	.714	4,203	70,084
7	.708	4,166	78,073
8	.611	3,593	81,907
9	.569	3,349	85,502
10	.524	3,083	88,589
11	.488	2,871	91,504

12	.423	2,485	94,344
13	.403	2,368	96,695
14	.392	2,306	98,471
15	.373	2,194	96,500
16	.305	1,793	98,292
17	.290	1,708	100

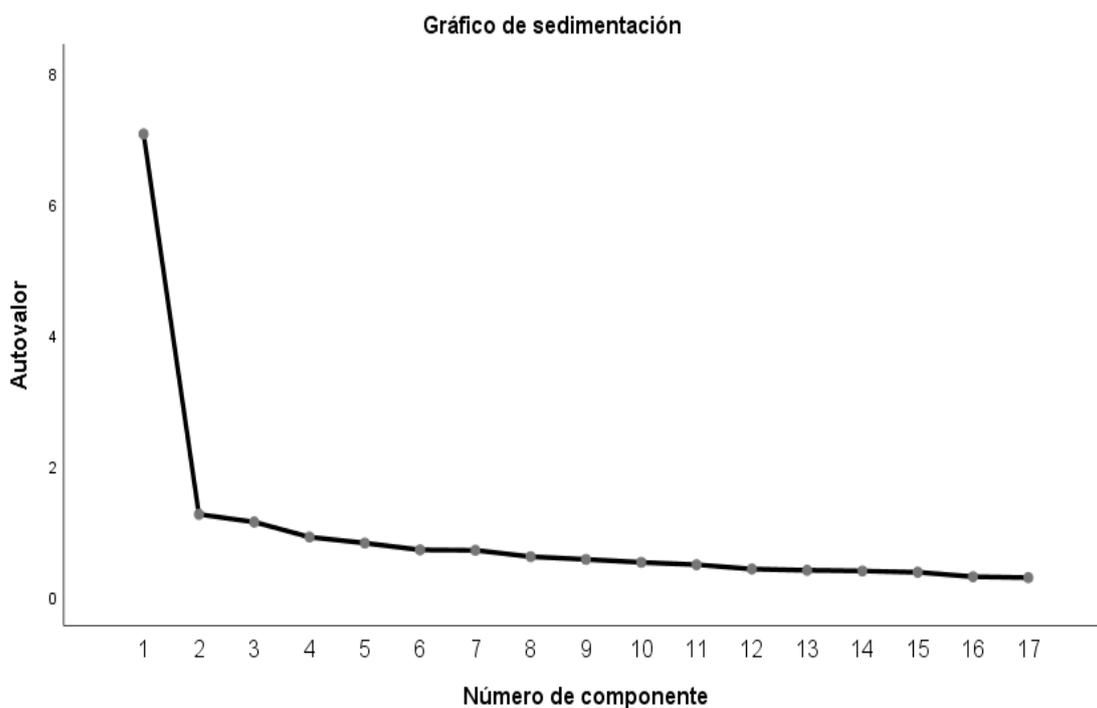


Figura 4. Gráfico de sedimentación obtenido del análisis factorial del EETS. El eje de las abscisas representa la cantidad de componentes que se deben extraer en relación a un autovalor (eje de las ordenadas) mayor o igual a 1,5.

Dado que solo se extrajo un factor, la escala cuenta como una medida unitaria de la fatiga por compasión para este estudio, la cual presentó un índice de consistencia interna por alfa de Cronbach de .90, de manera que la medición es confiable.

Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (Coping Style Questionnaire, CSQ, Roger, Jarvis y Najarian, 1993) adaptado y validado por Guarino, Sojo y Bethelmy (2007)

Para evaluar los estilos de afrontamiento se utilizó el CSQ, creado por Roger, Jarvis y Nakarian (1993) y validado por Guarino, Sojo y Bethelmy (2007)

en una muestra venezolana. El instrumento se divide en cuatro dimensiones: (a) Afrontamiento Emocional (EM), con puntajes que oscilan entre 0 y 33, y se compone de los ítems 1, 4, 5, 6, 8, 12, 26, 30, 31, 33 y 37, (b) Afrontamiento Racional (RA), con puntajes que oscilan entre 0 y 33, y consta de los ítems 2, 3, 7, 9, 20, 22, 24, 28, 32, 39 y 40, (c) Afrontamiento por Desapego (DE), con puntajes que oscilan entre 0 y 36, posee los ítems 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 25, 29, 35 y 36, y (d) Afrontamiento Evitativo (EV), con puntuaciones que oscilan entre 0 y 18, contiene los ítems 18, 21, 23, 27, 34 y 38. Los sujetos responden a la escala de tipo Likert (0=Nunca, 1=Algunas Veces, 2=Frecuentemente y 3=Siempre), de manera autoadministrada, donde mayores puntajes indican un mayor uso del estilo de afrontamiento (Anexo D).

Para la construcción y validación de la primera versión del CSQ (60 ítems), Roger, et al. (1993) trabajaron con una muestra de 521 participantes (294 mujeres y 227 hombres), con edades promedio entre 21 y 27 años, estudiantes regulares y del programa de Universidad Abierta de la Universidad de York, Inglaterra. Una vez generado un conjunto original de 78 ítems a partir de diversas fuentes, las respuestas de los participantes fueron analizadas a través del método de factores principales y las puntuaciones rotadas a una solución de cuatro factores, siguiendo el gráfico de sedimentación.

Los primeros tres factores mostraron una estructura similar a la sugerida en instrumentos previos (p. ej., el Multidimensional Coping Inventory, MCI, Endler y Parker, 1990), es decir, un factor racional orientado a la tarea, un factor orientado a la emoción y un factor de evitación. Sin embargo, el cuarto factor agrupó a ítems mixtos, en su mayoría relacionados con sentimientos de desapego con respecto a los eventos estresantes. Dado que este último factor de desapego contenía muy pocos ítems que justificaran su presencia como factor unitario, los autores hicieron una revisión del cuestionario generando nuevos ítems para el mismo.

El nuevo grupo de 90 ítems fue analizado a través de métodos de rotación ortogonal y oblicua, y siguiendo el gráfico de sedimentación describieron una solución factorial de cuatro factores. Así, la primera versión de 60 ítems del CSQ quedó conformada por cuatro factores: Afrontamiento racional (16 ítems), Desapego (15 ítems), Afrontamiento emocional (16 ítems) y Afrontamiento de

evitación (13 ítems). Las correlaciones entre los cuatro factores de afrontamiento mostraron dos clusters o conglomerados, donde el afrontamiento racional se relacionó positivamente con el afrontamiento por desapego, mientras que el afrontamiento emocional correlacionó positivamente con el afrontamiento por evitación. Asimismo, el afrontamiento por desapego y el racional correlacionaron negativamente con el afrontamiento emocional.

Con respecto a los índices de fiabilidad y consistencia interna, fueron aceptables para las cuatro escalas. Específicamente, el test-retest al cabo de tres meses mostró índices de .80, .79, .77 y .70, para los factores de afrontamiento racional, desapego, emocional y evitación respectivamente. Los índices de consistencia interna fueron calculados separadamente para las cuatro subescalas, como corresponde para un inventario multidimensional y los resultados oscilaron entre .69 y .90.

Posteriormente, Roger (1995) hizo una nueva revisión del cuestionario a través de un análisis factorial con una solución final de 3 factores, con lo cual se intentaba reagrupar a los ítems que reflejaran un estilo emocional de enfrentar el estrés. Esta solución proporcionó una nueva dimensión conjunta de carácter bipolar, donde uno de los extremos representaba el afrontamiento emocional y el otro extremo el afrontamiento por desapego, asumiéndose como dos polos de un continuo cuyo valor reflejaría un estilo desadaptativo o adaptativo, respectivamente. Después de la eliminación de varios ítems con saturaciones poco representativas, el cuestionario quedó finalmente conformado por 41 ítems, donde el afrontamiento emocional/ desapego (denominada en adelante escala de desapego) contenía 22 ítems (alfa = .88), la escala de afrontamiento racional se redujo a 9 ítems (alfa = .82) y el afrontamiento por evitación agrupó 10 ítems (alfa = .69).

Guarino, Sojo y Bethelmy (2007) realizaron una investigación cuyo objetivo fue validar el CSQ en una muestra hispano-parlante, específicamente 292 estudiantes universitarios de tres instituciones diferentes de la ciudad de Caracas, Venezuela, con una edad promedio de 20,15 años (DT=2,47), donde el 74% fueron mujeres. Analizaron los datos mediante el método de componentes principales, con rotación Varimax y .35 como mínimo criterio de saturación.

Para evaluar evidencia de validez concurrente, administraron tres cuestionarios de personalidad, que miden tanto dimensiones teóricamente similares como divergentes a las de los estilos de afrontamiento evaluados. Específicamente usaron: (a) la subescala de Manejo Emocional, del Inventario de Inteligencia Emocional de Sojo y Steinkopf-Revisada, (b) la subescala de Malestar Personal del Inventario de Reactividad Interpersonal de Davis, adaptada por Guarino, (c) las subescalas de Sensibilidad Egocéntrica Negativa y Distanciamiento Emocional de la Escala de Sensibilidad Emocional de Guarino y Rogers (citado en Guarino, Sojo y Bethelmy, 2007).

Como resultados, el gráfico de sedimentación y la matriz rotada mostraron la presencia de cuatro factores, con la mayoría de los ítems cargando en una sola dimensión. El factor 1 (Emocional) agrupó 11 ítems, explicando el 14,6% de la varianza. El factor 2 (Racional) agrupó 11 ítems, explicando el 9,38% de la varianza. El factor 3 (Desapego) agrupó 12 ítems, explicando el 6,96% de la varianza. El factor 4 (Evitación) agrupó seis ítems, explicando el 5,25% de la varianza.

Obtuvieron índices de consistencia interna (Alfa de Cronbach) aceptables, siendo: (a) Afrontamiento Emocional=.78, (b) Afrontamiento Racional=.78, (c) Afrontamiento por Desapego=.73 y (d) Afrontamiento Evitativo=.65. Hallaron relaciones significativas ($p < .001$) entre Afrontamiento Emocional y Racional ($r = -.320$), Emocional y Evitativo ($r = .200$), y entre Racional y Desapego ($r = .244$), de manera que un mayor afrontamiento emocional se relaciona con un menor afrontamiento racional, un mayor afrontamiento emocional se relaciona con un mayor afrontamiento evitativo, y un mayor afrontamiento racional se relaciona con un mayor afrontamiento por desapego.

En cuanto a la evidencia de validez concurrente, el Afrontamiento Emocional correlacionó de forma positiva y significativa con el Malestar Personal ($r = .45$ y $p < .01$) y la Sensibilidad Egocéntrica Negativa ($r = .706$ y $p < .01$), manteniendo una correlación inversa con el Manejo Emocional ($r = -.385$ y $p < .01$). Por otro lado, el factor de Afrontamiento Racional correlacionó positivamente con el Manejo Emocional ($r = .521$ y $p < .01$), e inversamente con el Malestar Personal ($r = -.310$ y $p < .01$) y la Sensibilidad Egocéntrica Negativa ($r = -.314$ y $p < .01$). Asimismo, el Afrontamiento por Desapego correlacionó positivamente con el

Manejo Emocional ($r=.151$ y $p<.05$) y el Distanciamiento Emocional ($r=.137$ y $p<.05$), y de forma negativa con el Malestar Personal ($r=-.185$ y $p<.01$). Por último, el Afrontamiento Evitativo solamente correlacionó de forma positiva con la Sensibilidad Egocéntrica Negativa ($r=.299$ y $p<.01$).

Para el presente estudio, se llevó a cabo un análisis factorial para el CSQ (KMO=.811 y test de Bartlett con $p<.05$) usando como criterio el autovalor de 1,5, lo cual como resultado conllevó a la extracción de cuatro factores que explican un 40,135% de la varianza (tabla 8 y figura 5).

Tabla 8.

Varianza total explicada obtenida del análisis factorial del CSQ.

Factor	Autovalores iniciales		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	6,627	16,567	16,567
2	4,268	10,671	27,238
3	3,008	7,521	34,759
4	2,150	5,375	40,135
5	1,418	3,546	43,680
6	1,288	3,221	46,901
7	1,246	3,114	50,016
8	1,221	3,052	53,067
9	1,014	2,535	55,603
10	1,011	2,527	58,130
11	.966	2,415	60,545
12	.950	2,375	62,920
13	.926	2,316	65,236
14	.880	2,200	67,436
15	.787	1,966	69,402
16	.769	1,923	71,325
17	.744	1,859	73,184
18	.718	1,794	74,978
19	.704	1,759	76,737
20	.663	1,659	78,396

21	.642	1,606	80,002
22	.632	1,581	81,583
23	.617	1,543	83,126
24	.591	1,447	84,603
25	.576	1,441	86,044
26	.526	1,314	87,358
27	.499	1,247	88,605
28	.491	1,228	89,833
29	.476	1,190	91,023
30	.449	1,123	92,146
31	.409	1,021	93,167
32	.391	.978	94,145
33	.368	.921	95,066
34	.349	.873	95,938
35	.322	.805	96,743
36	.319	.797	97,540
37	.268	.670	98,209
38	.262	.654	98,863
39	.236	.590	99,453
40	.219	.547	100

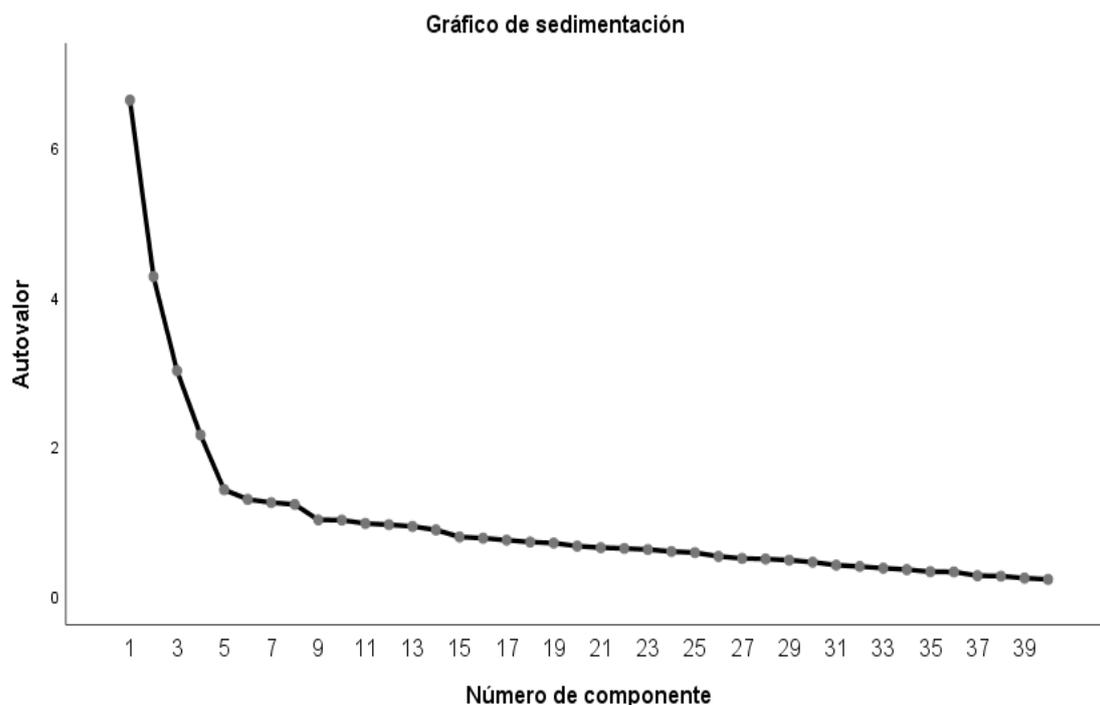


Figura 5. Gráfico de sedimentación obtenido del análisis factorial del CSQ. El eje de las abscisas representa la cantidad de componentes que se deben extraer en relación a un autovalor (eje de las ordenadas) mayor o igual a 1,5.

Luego, mediante la rotación varimax y supresión de las cargas factoriales inferiores a .30, se obtuvo la matriz que se muestra en la tabla 9. Como puede observarse, los ítems correspondientes a la dimensión Emocional encajan en el componente 1 a excepción de uno (ítem 31), todos los de la dimensión Racional entran en el componente 2, los de la dimensión Desapego se acoplan al componente 3 exceptuando dos (ítems 10 y 13) y los de la dimensión Evitativo se ajustan al componente 4 excepto uno (ítem 38).

Tabla 9.

Matriz de componentes rotados para el CSQ.

Ítem – dimensión	Componente			
	1	2	3	4
1 – emocional	.470			.431
2 – racional		.580		
3 – racional		.428	.335	
4 – emocional	.691			

5 – emocional	.700		
6 – emocional	.718		
7 – racional		.666	
8 – emocional	.672		
9 – racional		.628	
10 – desapego	.498		
11 – desapego		.531	
12 – emocional	.468	-.372	
13 – desapego	.506		
14 – desapego		.502	
15 – desapego		.521	
16 – desapego		.629	
17 – desapego		.691	
18 – evitativo		.358	.530
19 – desapego	-.304	.473	
20 – racional	-.303	.331	
21 – evitativo			.606
22 – racional		.530	
23 – evitativo			.660
24 – racional		.731	
25 – desapego		.374	.382
26 – emocional	.697		
27 – evitativo			.659
28 – racional		.465	
29 – desapego		.365	
30 – emocional	.622		
31 – emocional		.328	
32 – racional		.420	
33 – emocional	.626		
34 – evitativo			.577
35 – desapego		.456	
36 – desapego		.516	
37 – emocional	.364		

38 – evitativo	.350	-.353
39 – racional	.668	
40 – racional	.560	

Al analizar los ítems que no cargan en sus respectivas dimensiones teóricas se tiene que:

- El ítem 31 “le doy a la situación toda mi atención” carga en el componente Racional en lugar del Emocional, lo cual concuerda con el planteamiento teórico de que el afrontamiento está dirigido a la solución del problema y no a la emoción negativa que este produce.
- El ítem 10 “me reservo las cosas para mí mismo(a) y no dejo que otros sepan lo mal que están” y el ítem 13 “transmito mis frustraciones a la gente más cercana a mí” cargan en la dimensión Emocional en lugar de la de Desapego, lo que tiene sentido si se toma en cuenta que el afrontamiento centrado en las emociones negativas es desadaptativo mientras que el desapego involucra una desvinculación con la situación estresante para lograr una resolución apropiada de la misma (lo que se ve reflejado en el resto de los ítems pertenecientes a este factor).
- El ítem 38 “busco comprensión por parte de la gente” posee una carga negativa en Desapego y una carga positiva en Emocional. Esto podría deberse a la intencionalidad implícita en el contenido del ítem (“busco”, que se corresponde inversamente al componente de Desapego), y al elemento sentimental de compadecerse (“comprensión por parte de la gente” lo cual estaría asociado al componente Emocional). En este sentido, no se encuentra ubicado en el componente Evitativo donde originalmente estaba enmarcado, sin embargo se mantiene dentro de una respuesta desadaptativa.

En vista de lo antes expuesto, tomando en cuenta que el propósito de este estudio en relación a la variable de estilos de afrontamiento fue evaluar la asociación entre la combinación de sus dimensiones adaptativas (Racional y Desapego) y desadaptativas (Emocional y Evitativo) con las variables predichas (burnout y fatiga por compasión), se decidió modificar los ítems 10, 13 y 31 dado que cargan en factores correspondientes a dimensiones opuestas, en cambio,

se decidió mantener igual el ítem 38 ya que se conserva dentro del constructo de afrontamiento desadaptativo, a pesar de que cargue en un factor distinto.

Para determinar la pertinencia de combinar los componentes de la escala y formar las dimensiones de Estilo de Afrontamiento Adaptativo/Desadaptativo se realizó un análisis de correlación momento-producto de Pearson usando un alfa de 0,01 como criterio de significancia. Tal como se muestra en la tabla 10, el componente Racional se asocia significativamente de forma positiva con el Desapego e inversamente con el componente Emocional, más no se relaciona significativamente con el Evitativo, y este último se relaciona de manera significativa y positiva con el Emocional. En este sentido, resulta adecuado combinar los factores Racional y Desapego para generar la dimensión de Estilo de Afrontamiento Adaptativo, y combinar los factores Emocional y Evitativo para crear la dimensión de Estilo de Afrontamiento Desadaptativo.

Tabla 10.

Correlación momento-producto de Pearson entre los componentes de la CSQ.

Afrontamiento	Racional	Desapego	Emocional	Evitativo
Racional	1	.282**	-.289**	.114
Desapego		1	.068	.136*
Emocional			1	.262**
Evitativo				1

* $p < .05$, ** $p < .01$

Por último, se hallaron índices de consistencia interna por alfa de Cronbach de: (a) .787 para el Afrontamiento Racional, (b) .727 para el Afrontamiento por Desapego, (c) .845 para el Afrontamiento Emocional, (d) .646 para el Afrontamiento Evitativo, (e) .796 para el Estilo de Afrontamiento Adaptativo y (f) .814 para el Estilo de Afrontamiento Desadaptativo, de manera que el instrumento mide de forma confiable los constructos.

Procedimiento

Para llevar a cabo la presente investigación se utilizó el cuestionario simple de factores psicosociales laborales y afectación por la crisis humanitaria en Venezuela percibida, validado por juicio de expertos, el Inventario de Burnout

de Maslach (Maslach Burnout Inventory-General Survey, MBI-GS, Maslach y Jackson, 1981) validado por Millán y D'Aubeterre (2012), la Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS, Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004; adaptada por Guerra y Saiz, 2007) y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (Coping Style Questionnaire, CSQ, Roger, Jarvis y Najarian, 1993), para recabar los datos correspondientes a las variables de estudio en una muestra de profesionales en el área de la salud y asistencia social (médicos, enfermeros, psicólogos, y trabajadores sociales).

Para garantizar que la EETS fuera pertinente y psicométricamente adecuada para medir la fatiga por compasión, fue sometida a un estudio piloto. Otros de los objetivos tras la realización de este estudio fue verificar el entendimiento de las instrucciones, la claridad de los ítems, obtener un estimado de tiempo de administración, entrenar a los investigadores en su aplicación y observar el desempeño de los sujetos.

Para la realización de dicho estudio piloto, se visitaron a las siguientes instituciones: (a) Clínica El Ávila, (b) Centro de Salud Santa Inés, (c) Unidad de Psicología Padre Luis Azagra, S.J., y (d) Instituto Municipal de Cooperación y Asistencia a la Salud – IMCAS. Esto con la finalidad de solicitar a dichas instituciones su autorización (Anexo E) para la aplicación de los instrumentos mencionados a los trabajadores de su institución. Además, se visitaron espacios donde los profesionales realizaban consulta privada.

Se efectuó un contacto inicial con los profesionales dedicados al libre ejercicio y con los trabajadores de las instituciones privadas o públicas. Se aplicaron los instrumentos de manera individual, en un horario diurno. Se les explicaron los objetivos de la investigación a los participantes y se les notificó sobre la confidencialidad de sus datos personales, así como la posibilidad de abandonar la investigación en caso de que así lo desearan. Además se aplicó la encuesta vía correo electrónico mediante formularios google a aquellos participantes que no se encontraban disponibles para llenarla en físico.

Una vez evaluado y corregido el instrumento durante la fase piloto, se procedió a realizar el estudio en la muestra definitiva. En este caso, solamente se aplicó la encuesta vía correo mediante formularios google, tomando en cuenta

que fue el método más efectivo para recabar los datos durante la fase piloto en términos de tiempo y disponibilidad de la muestra. En este sentido, se envió el formulario con el mismo contenido presentado en el Anexo E (sin el apartado de firma de autorización) en conjunto con todos los instrumentos, a través del correo y las redes sociales.

Al obtener los datos se procedió a ingresarlos en la base de datos con el programa estadístico informático IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 25, para así realizar los análisis psicométricos de los instrumentos, el análisis descriptivo que permitiría conocer la distribución de las variables y el análisis de regresión múltiple para contrastar las hipótesis planteadas en el análisis de ruta. Adicionalmente se hizo una comparación entre los distintos grupos mediante las pruebas estadísticas de ANOVA y *t* de Student.

Resultados

A continuación se presentan los resultados del procesamiento de los datos realizado para responder, con base en los argumentos estadísticos pertinentes, al problema de investigación planteado para este estudio. En primer lugar se muestra el análisis descriptivo de los datos, luego se presentan las comparaciones intergrupales realizadas, y por último se muestran los resultados obtenidos a partir del análisis de regresión múltiple entre las variables de estudio, representándolo en un diagrama de ruta. El análisis de datos se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS 25.

Análisis descriptivo

Comenzando por la descripción de la muestra, se obtuvo un total de 270 profesionales dentro de las áreas (figura 8) de medicina (28,5%), enfermería (12,6%), psicología (37%), psiquiatría (5,9%) y trabajo social (15,9%), con edades (figura 7) comprendidas entre los 22 y 79 años ($\bar{x}=39,87$ y $DT=13,359$), de los cuales un 68,5% pertenece al género femenino (figura 6). Un 46,3% posee un título de licenciatura o técnico superior, un 37,4% de especialización, un 11,5% de maestría y un 4,8% de doctorado (figura 9). En promedio poseen 14,35 años ($DT=11,901$) de antigüedad profesional (figura 10). Por otra parte, un 45,6% trabaja en una institución pública, un 46,3% en una institución privada y un 8,1% en otro tipo de organización o institución (figura 11). Por último, un 85,2% de los encuestados proviene de la Gran Caracas, y un 14,8% en otros estados o ciudades (figura 12).

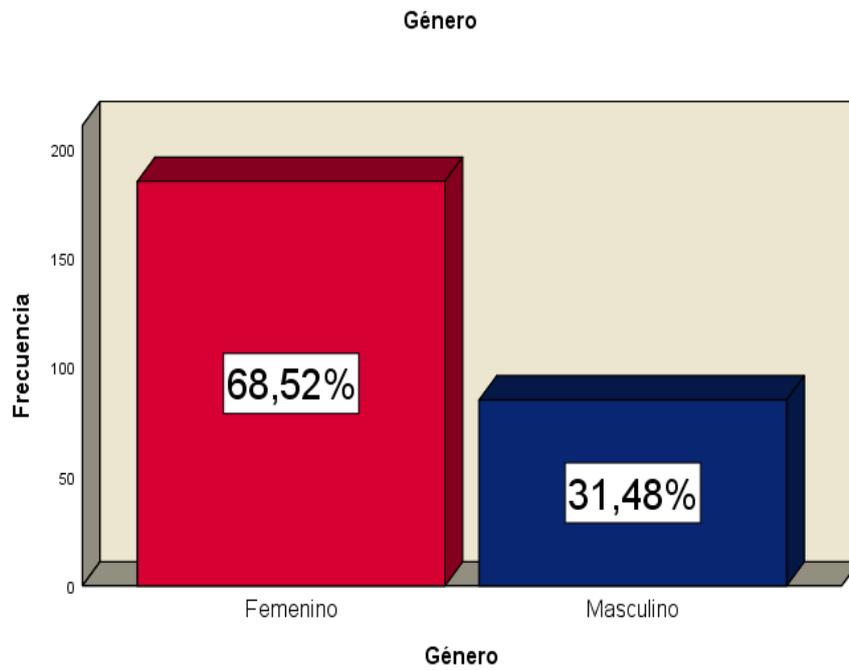


Figura 6. Distribución por género.

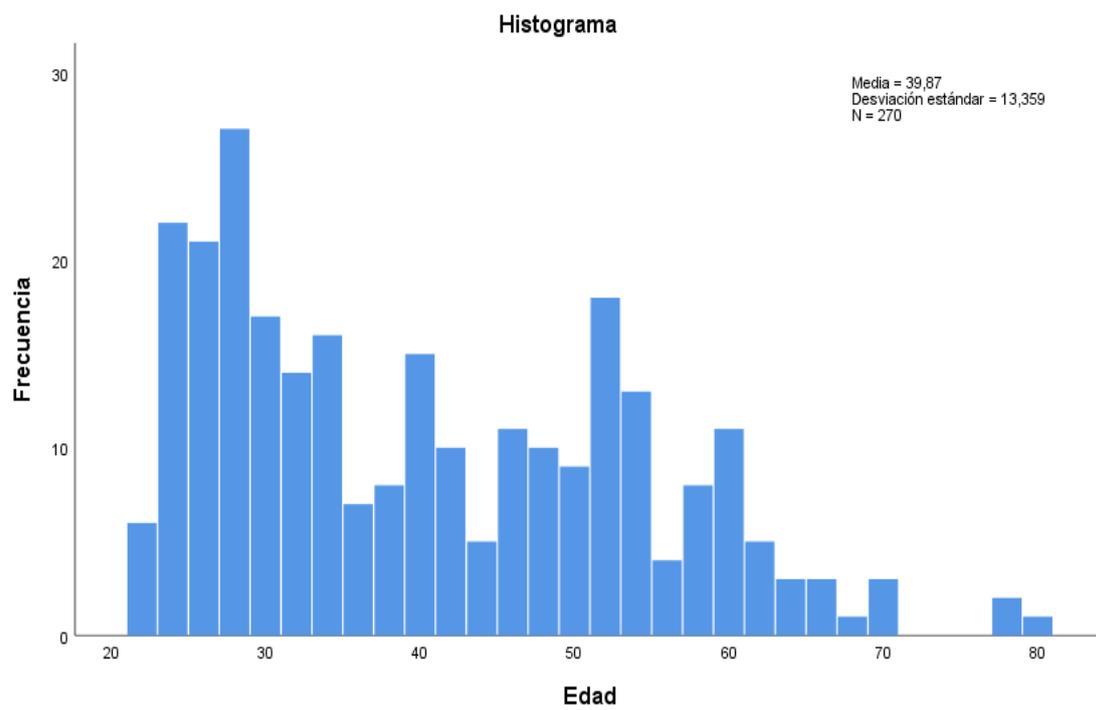


Figura 7. Distribución por edades.

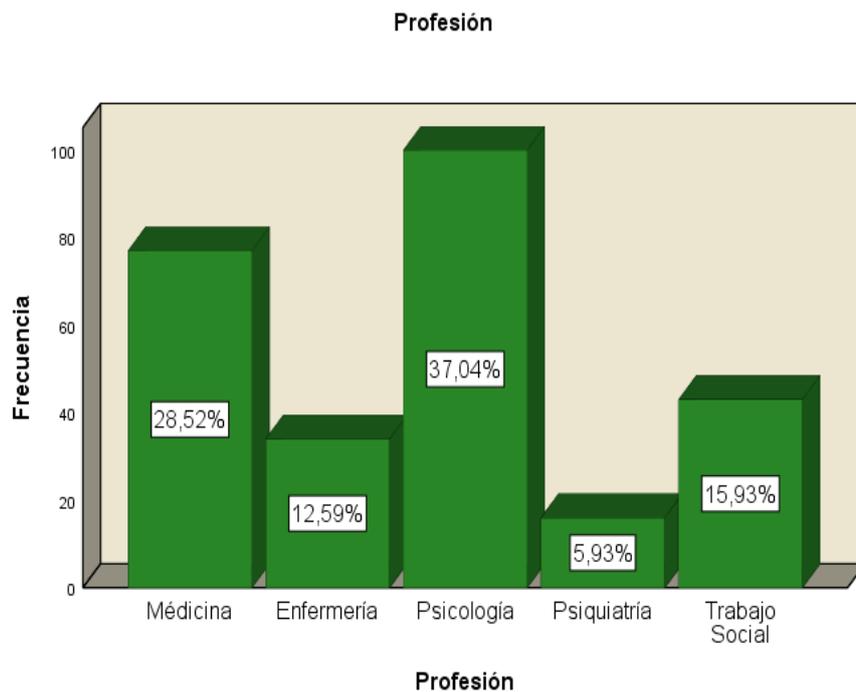


Figura 8. Distribución por tipo de profesión.

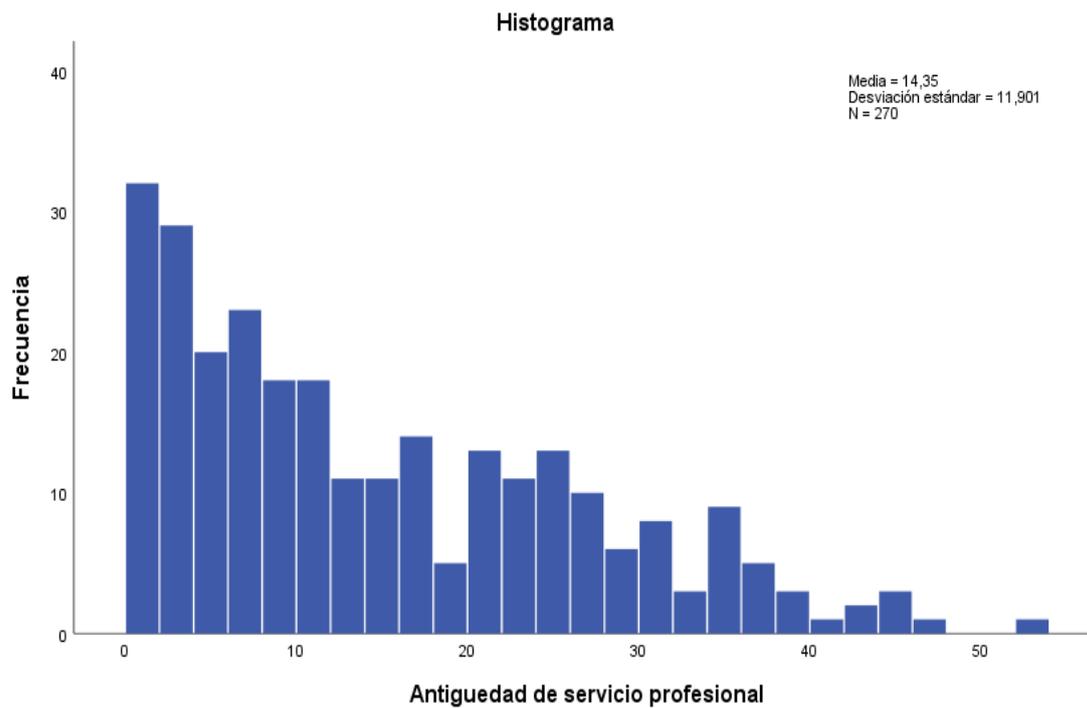
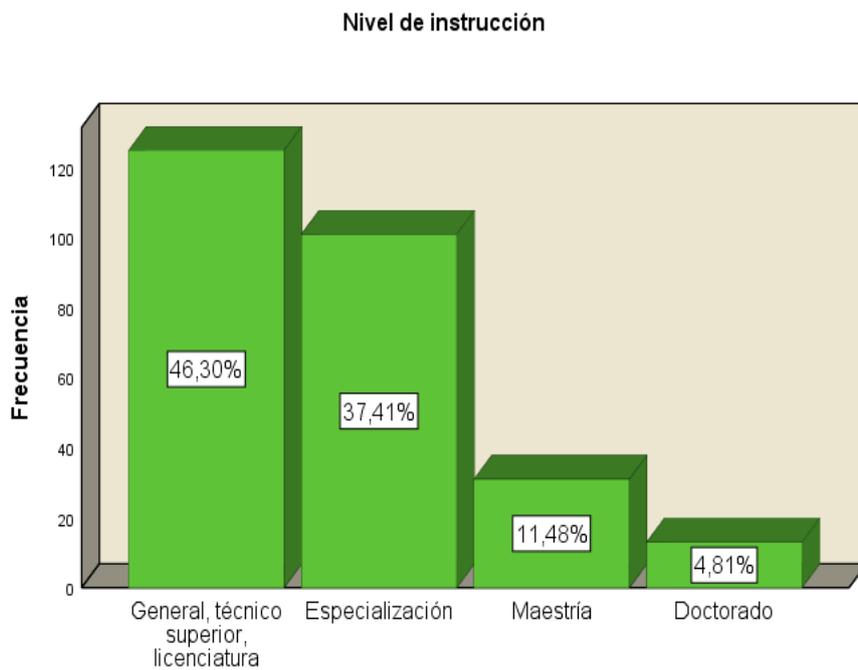


Figura 9. Distribución por años de antigüedad de servicio profesional.



Nivel de instrucción

Figura 10. Distribución por nivel de instrucción alcanzado.

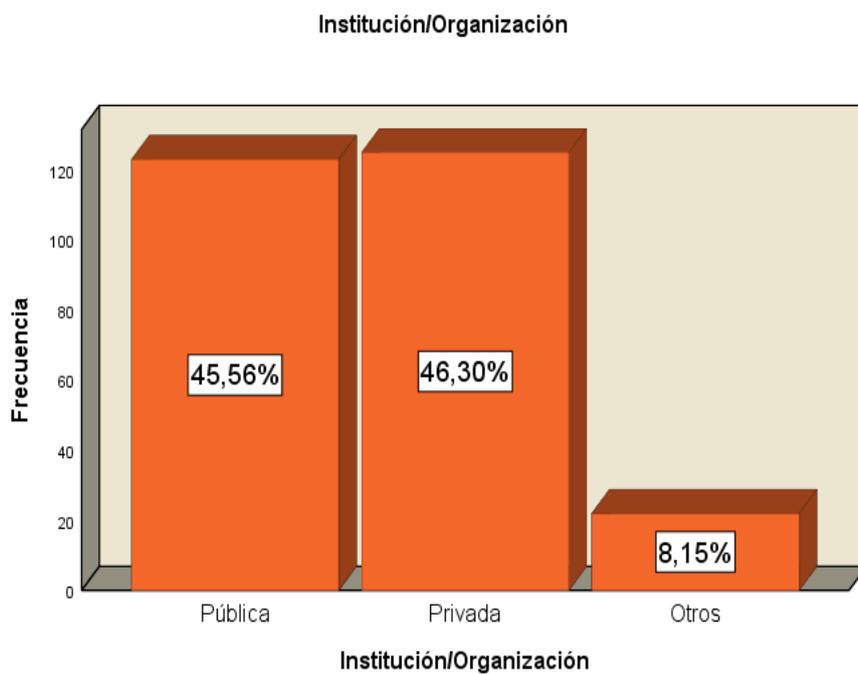


Figura 11. Distribución por tipo de institución/organización.

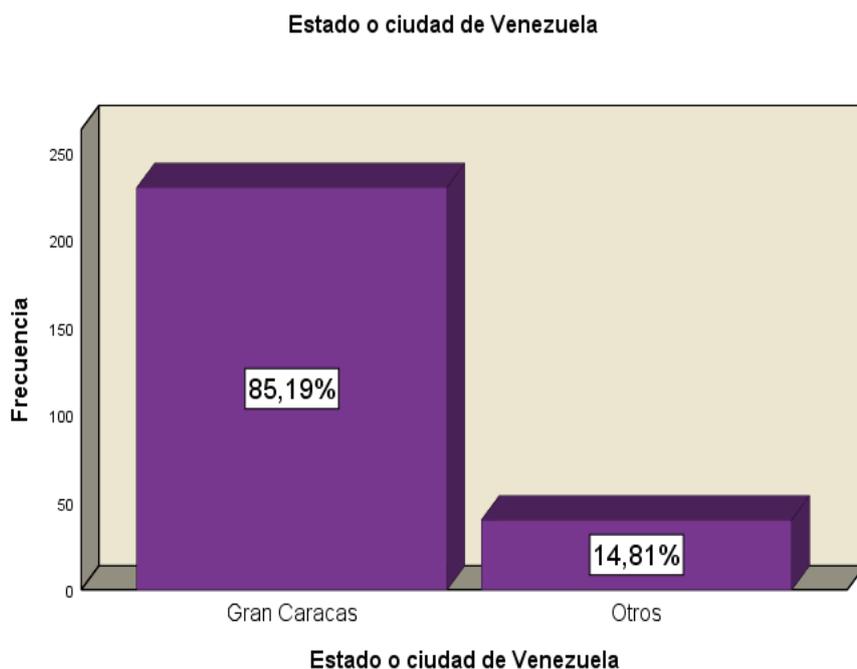


Figura 12. Distribución por estado o ciudad de procedencia.

A continuación se exponen los estadísticos descriptivos del burnout (tabla 11), la fatiga por compasión (tabla 12) y los estilos de afrontamiento (tabla 13) obtenidos para la muestra total.

Tabla 11.

Estadísticos descriptivos del burnout para la muestra total.

	Burnout Total	Desgaste Emocional	Cinismo	Baja Eficacia Personal
Media	25,59	11,60	8,51	5,47
Desviación	14,087	5,720	7,109	4,552
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	63	24	30	26
Asimetría	.325	.033	.757	.960
Curtosis	-.582	-.456	-.239	1,269

Al realizar la prueba de normalidad, se halló que los puntajes de burnout total no se distribuyen de forma normal (Shapiro-Wilk=.979 y $p=.000$). En este

sentido, dado que la asimetría es positiva, se puede asumir que los niveles de burnout total son bajos (figura 13).

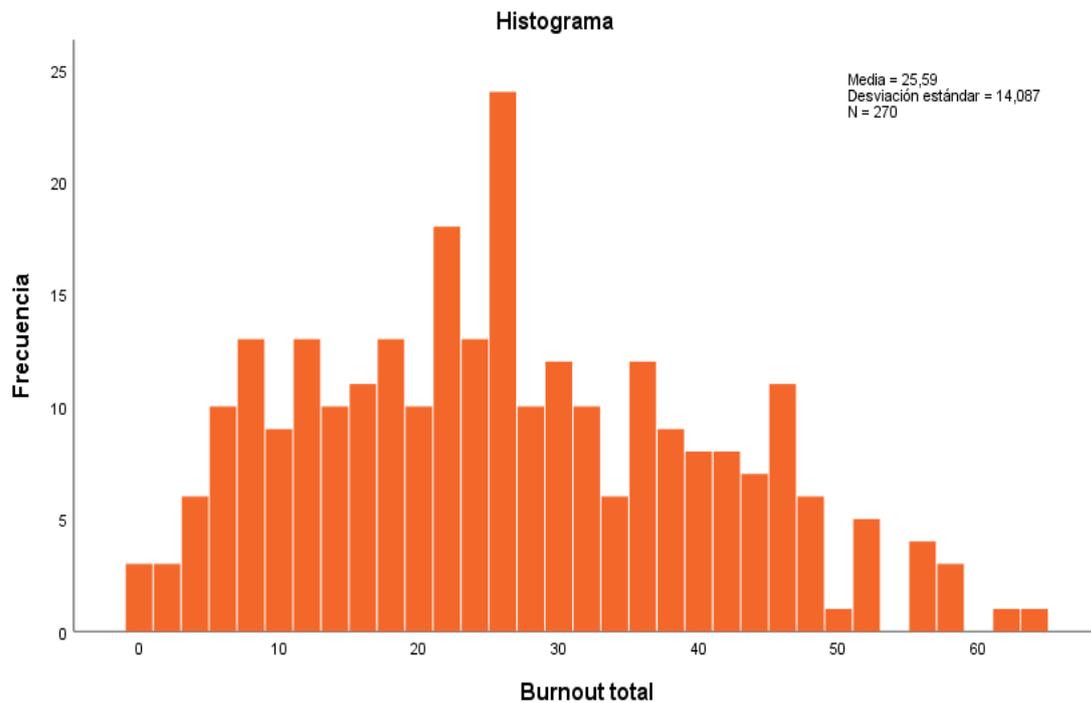


Figura 13. Distribución de puntajes del burnout total en la muestra.

En cuanto a las dimensiones del burnout, en primer lugar se tiene que el Desgaste Emocional mantiene una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov=.051 y $p=.09$), de manera que esta dimensión se presenta en un nivel moderado en la muestra (figura 14).

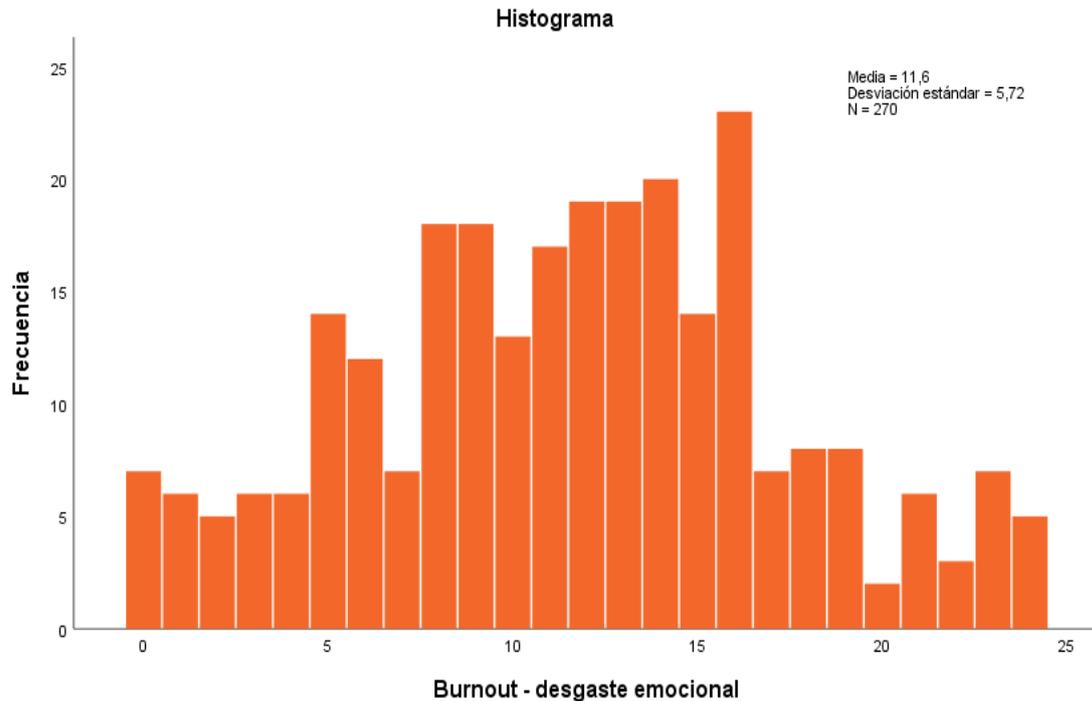


Figura 14. Distribución de puntajes del desgaste emocional en la muestra.

Por otra parte, el Cinismo no se distribuye normalmente (Shapiro-Wilk=.923 y $p=.000$), lo que se puede atribuir a la asimetría positiva, implicando niveles bajos de esta dimensión (figura 15).

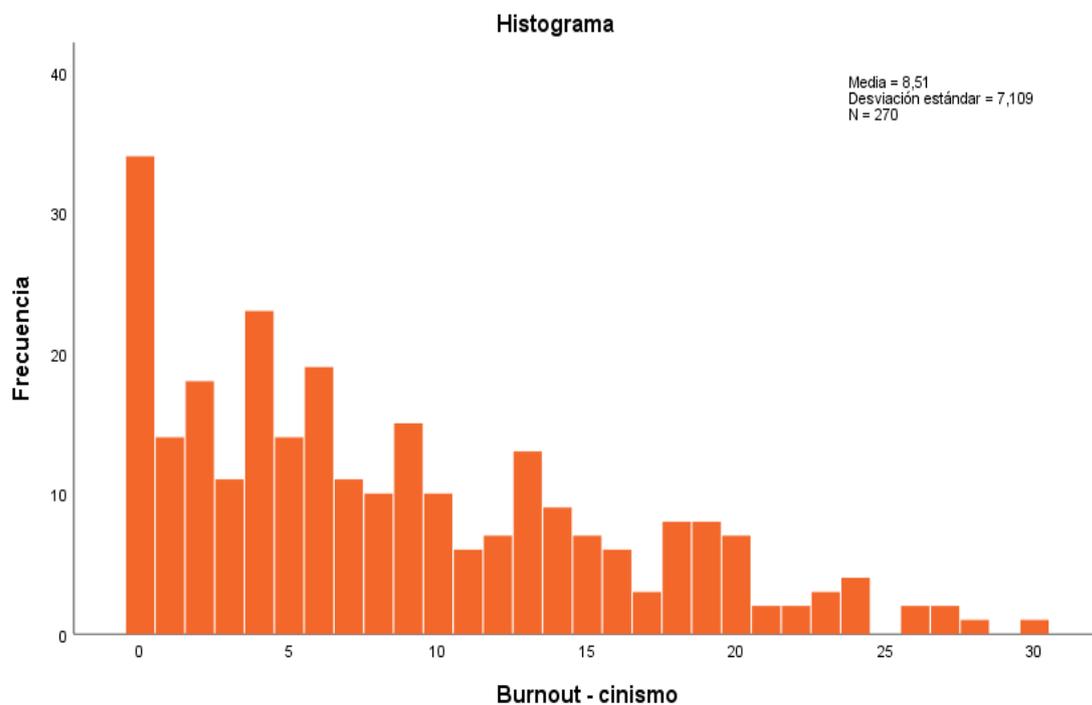


Figura 15. Distribución de puntajes del cinismo en la muestra.

Por último, la dimensión de Baja Eficacia Personal tampoco se distribuye de manera normal (Shapiro-Wilk=.921 y $p=.000$), sino de forma asimétrica positiva, por lo que los datos de este componente se agrupan en los valores bajos. En otras palabras, se muestra una alta eficacia personal (figura 16).

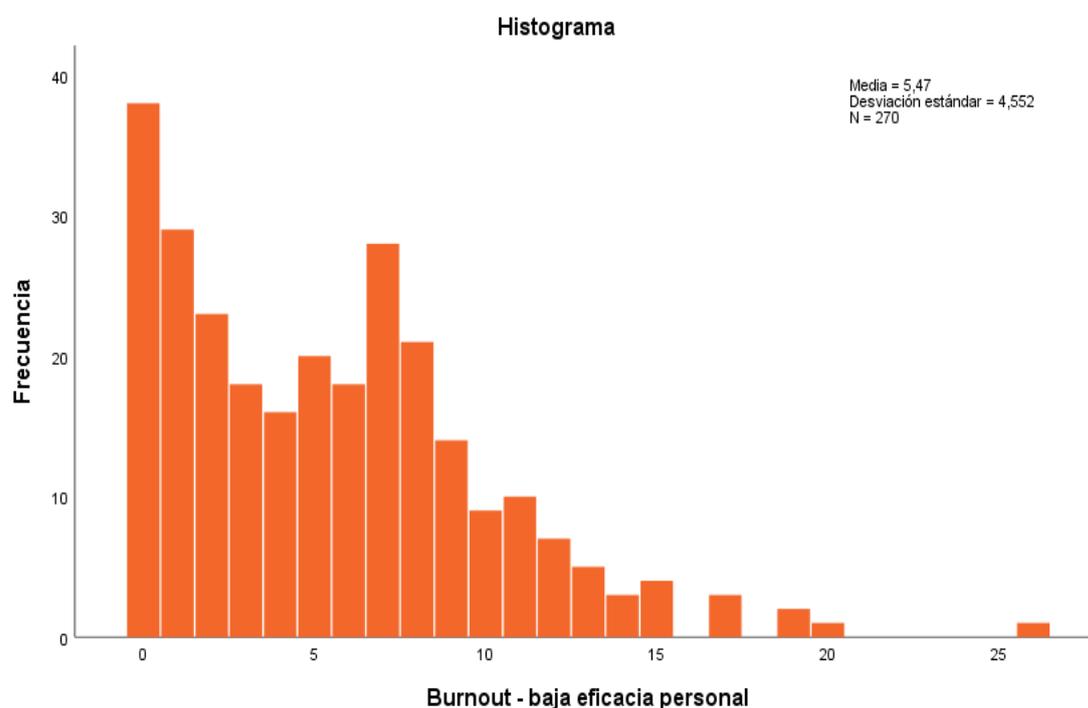


Figura 16. Distribución de puntuajes de la baja eficacia personal en la muestra.

Tabla 12.

Estadísticos descriptivos de la fatiga por compasión para la muestra total.

	Fatiga por compasión
Media	22,13
Desviación	12,255
Mínimo	1
Máximo	67
Asimetría	.436
Curtosis	-.056

En lo que respecta a la fatiga por compasión, los puntuajes de la escala total no se distribuyen normalmente (Shapiro-Wilk=.976 y $p=.000$) sino de

manera asimétrica positiva, indicando que los niveles de fatiga por compasión son bajos en la muestra (figura 17).

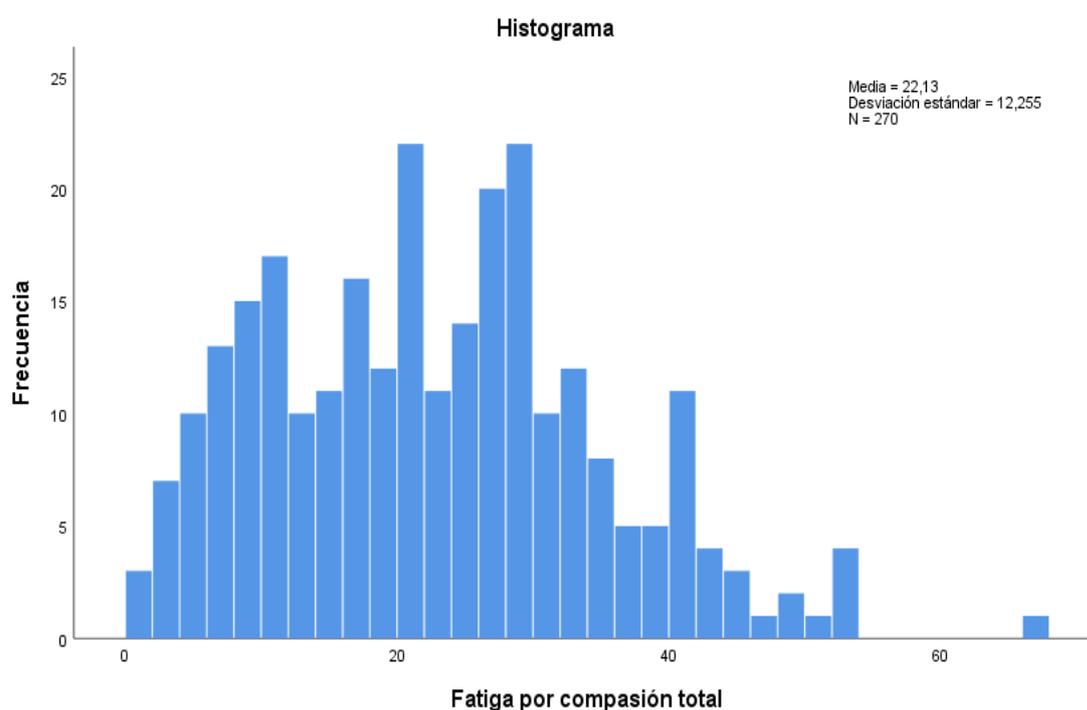


Figura 17. Distribución de puntajes de la fatiga por compasión en la muestra.

Tabla 13.

Estadísticos descriptivos de los estilos de afrontamiento para la muestra total.

	Racional	Desapego	Emocional	Evitativo	Adaptativo	Desadaptativo
Media	25,17	11,82	11,33	9,17	37,00	20,50
Desviación	5,417	4,648	6,293	3,593	8,071	8,023
Mínimo	5	0	0	0	5	0
Máximo	36	27	36	18	58	52
Asimetría	-.468	.088	.691	-.022	-.332	.189
Curtosis	.366	.049	.762	-.304	.721	.591

En cuanto a los estilos de afrontamiento, comenzando por el componente Racional, se halló una distribución no normal (Shapiro-Wilk=.979 y $p=001$) con asimetría negativa, lo que representa una inclinación por parte de la muestra en usar de forma frecuente este estilo de afrontamiento (figura 18).

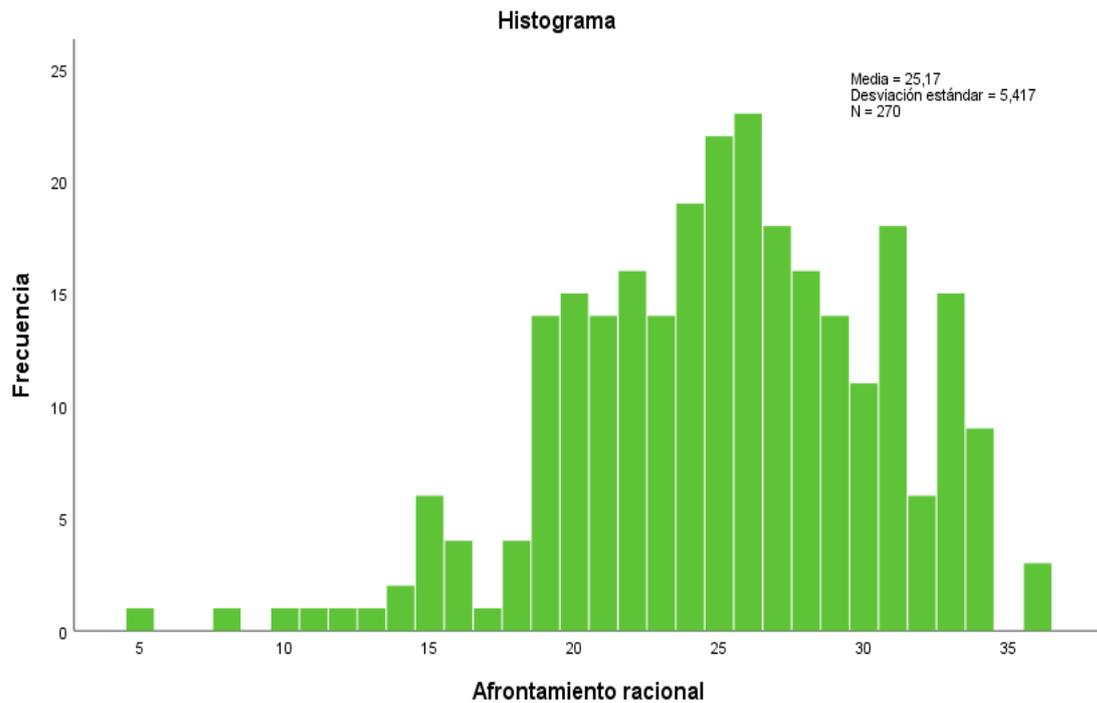


Figura 18. Distribución de puntajes del afrontamiento racional en la muestra.

Concerniente al componente de Desapego, la distribución se presenta de forma normal (Shapiro-Wilk=.990 y $p=.062$), lo que se puede interpretar como una tendencia en la muestra por usar moderadamente este estilo de afrontamiento (figura 19).

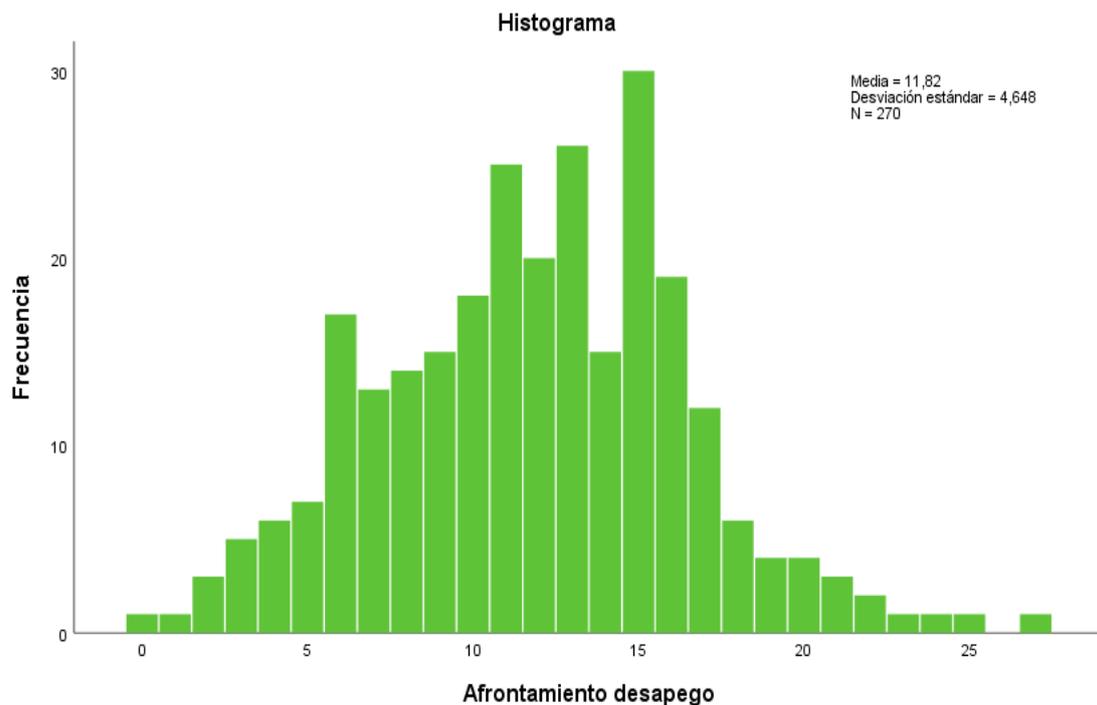


Figura 19. Distribución de puntajes del afrontamiento por desapego en la muestra.

Seguidamente, la dimensión Emocional no se distribuye normalmente (Shapiro-Wilk=.968 y $p=.000$), lo cual, con una asimetría positiva, implica una baja propensión de parte de la muestra en usar este estilo de afrontamiento (figura 20).

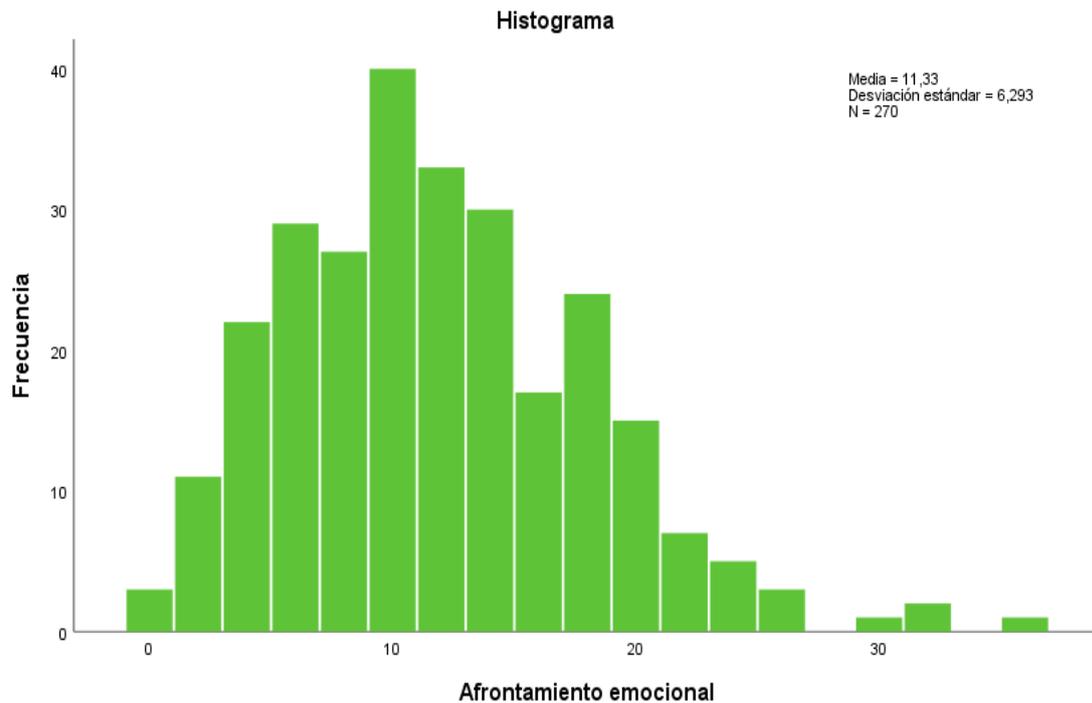


Figura 20. Distribución de puntajes del afrontamiento emocional en la muestra.

En cuanto al factor Evitativo, la distribución de puntajes se presenta de manera normal (Shapiro-Wilk=.990 y $p=.054$), indicando una predilección moderada en el uso de este estilo de afrontamiento (figura 21).

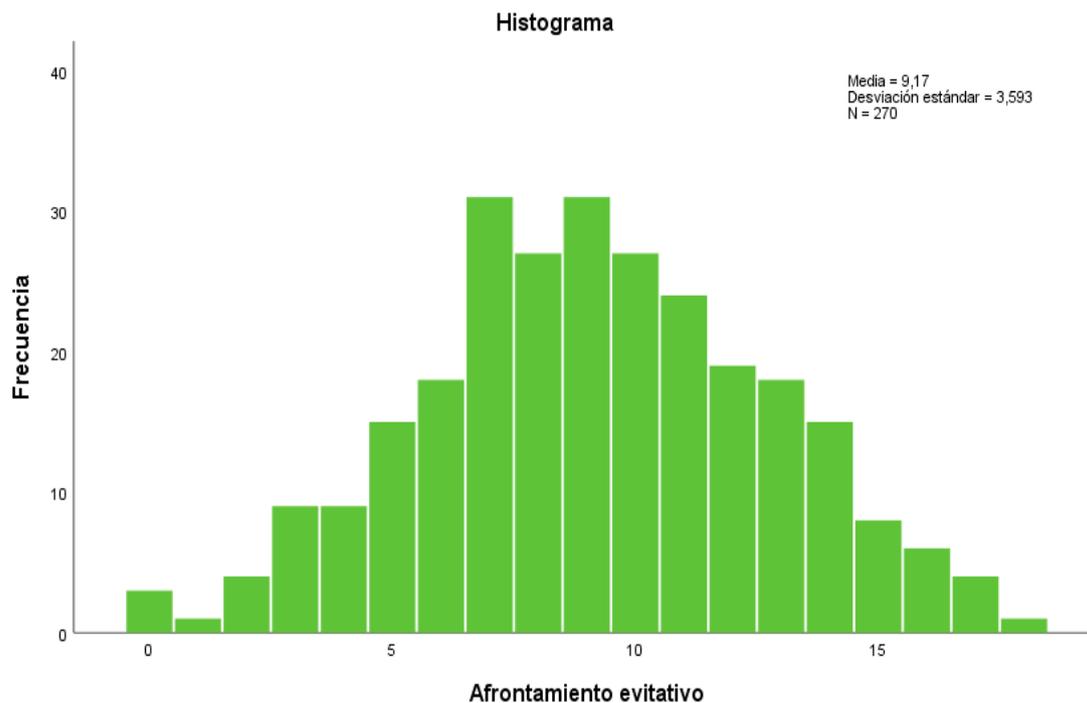


Figura 21. Distribución de puntajes del afrontamiento evitativo en la muestra.

Referente al Estilo de Afrontamiento Adaptativo, el cual se compone de la suma de puntajes totales entre el componente Racional y Desapego, se halló que no presenta una distribución normal (Shapiro-Wilk=.987 y $p=.016$), sino una asimetría negativa, lo cual indica que existe una predisposición en la muestra por un mayor uso de este estilo de afrontamiento (figura 22).

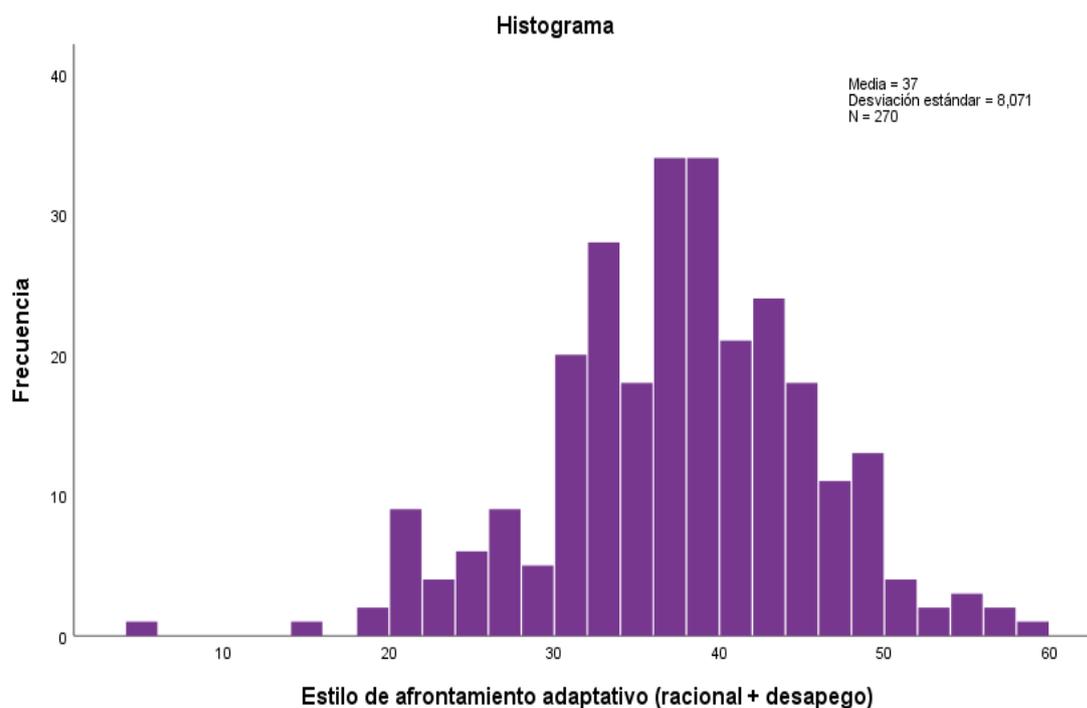


Figura 22. Distribución de puntajes del afrontamiento adaptativo en la muestra.

Por último, se halló que el Estilo de Afrontamiento Desadaptativo, compuesto por la suma de puntajes totales entre la dimensión Emocional y Evitativo de la escala, mostró una distribución normal (Shapiro-Wilk=.992 y $p=.135$), implicando una tendencia por parte de la muestra a usar este estilo de afrontamiento de forma moderada (figura 23).

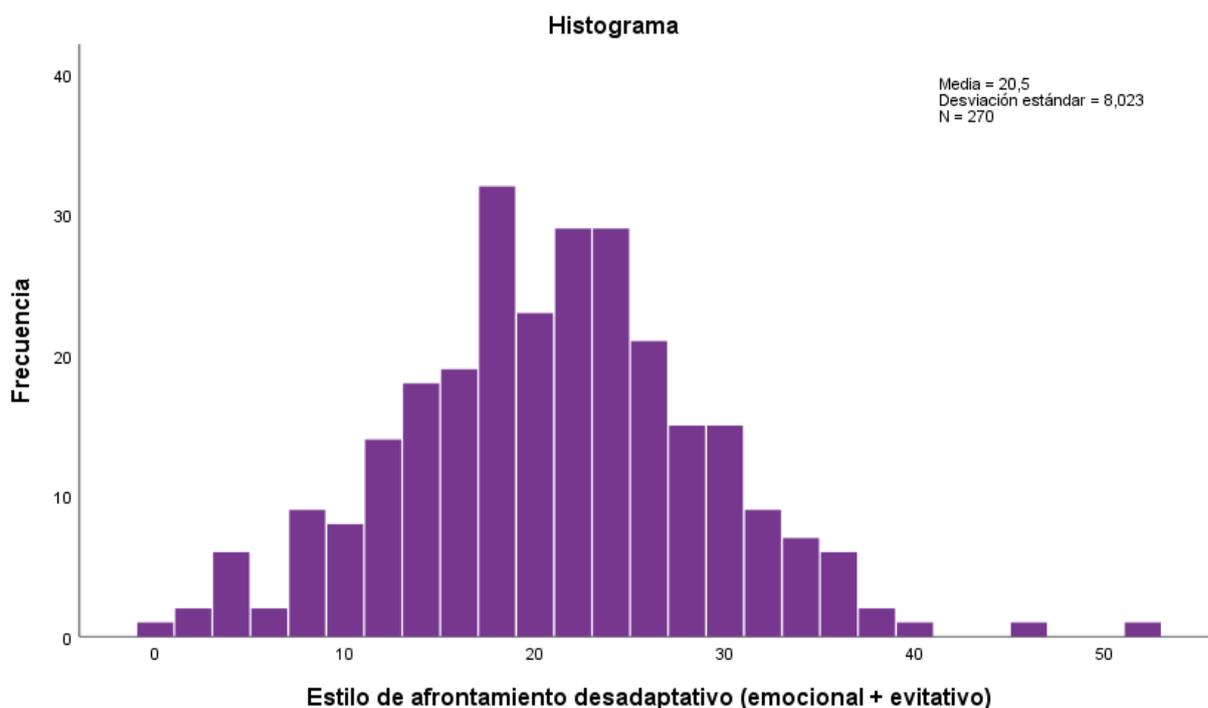


Figura 23. Distribución de puntajes del afrontamiento desadaptativo en la muestra.

En lo que respecta al nivel de prevalencia de las variables consideradas en relación a los factores psicosociales laborales (incluyendo aquellos que no se tomaron en cuenta para el análisis de ruta, es decir, nivel de instrucción, tipo de institución/organización donde trabaja y estado o ciudad de Venezuela donde trabaja), se presentan las medias y desviaciones típicas en la tabla 14.

Tabla 14.

Medias y desviaciones típicas del burnout, fatiga por compasión, estilo de afrontamiento adaptativo y desadaptativo según los factores psicosociales laborales.

Factor psicosocial laboral		Burnout total		Fatiga por compasión		Afrontamiento adaptativo		Afrontamiento desadaptativo	
		\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT	\bar{x}	DT
Género	Femenino	26,94	14,22	23,75	12,11	35,82	7,83	21,24	7,69
	Masculino	22,65	13,40	18,62	11,88	39,56	8,03	18,88	8,51
Profesión	Medicina	24,23	15,22	24,52	12,57	39,14	8,04	22,36	7,93
	Enfermería	31,76	13,18	25,41	12,65	38,12	6,56	25,06	7,05
	Psicología	25,11	13,73	19,41	10,78	35,72	7,44	18,86	7,21
	Psiquiatría	28,31	8,19	18,75	8,94	37,69	6,68	17,00	5,83
	Trabajo social	23,23	14,25	22,86	14,33	34,98	10,1	18,67	9,31
Nivel de instrucción	Licenciatura ^a	27,31	14,14	22,54	12,08	36,16	8,87	20,67	8,16
	Especialización	24,28	13,78	22,09	12,02	37,73	6,63	20,39	7,48
	Maestría	27,10	15,08	23,52	14,48	36,45	8,40	21,10	9,63
	Doctorado	15,62	8,31	15,31	8,48	40,62	8,75	18,31	7,01
Tipo de institución u organización	Pública	27,73	13,95	22,49	12,90	37,21	7,75	20,52	8,35
	Privada	24,61	14,04	22,40	11,87	37,03	7,95	20,84	7,59
	Otros	19,18	13,01	18,64	10,49	35,59	10,4	18,45	8,54
Estado o ciudad de Venezuela	Gran Caracas	24,99	13,94	21,67	12,29	37,09	8,167	20,38	8,01
	Otros	29,05	14,60	24,80	11,79	36,45	7,57	21,20	8,13

^aAparte de licenciatura incluye técnico superior universitario y medicina general.

En relación a los indicadores de crisis humanitaria, se halló que de los 10 indicadores ocho fueron percibidos en una cantidad superior al 70%, donde los dos que alcanzaron alrededor del 90% fueron: (a) los escasos de medicamentos e insumos médicos y (b) el empobrecimiento generalizado y deterioro en la calidad de vida. En cambio, los dos indicadores que no superaron el 70% fueron: (a) los altos índices de mortalidad infantil y materna, y (b) el incremento de la economía informal. Por otra parte, el grado de afectación laboral por la situación de crisis alcanza los niveles máximos en un 70%, donde solo el 0,7% de los participantes indican no sentirse afectados (Tabla 15).

Tabla 15.

Indicadores de crisis humanitaria percibidos por los participantes en el contexto venezolano y grado de afectación laboral reportado.

Indicadores de crisis humanitaria	Porcentaje
Escasos de medicamentos e insumos médicos	91,5%
Escasos de alimentos y artículos de primera necesidad	85,6%
Altos índices de mortalidad infantil y materna	46,3%

Conflicto asociado a la inseguridad ciudadana		80,4%
Empobrecimiento generalizado y deterioro en la calidad de vida		90,7%
Éxodo (diáspora venezolana)		80%
Incremento de la economía informal		55,2%
Dificultad en el acceso a los servicios básicos		82,2%
Déficit nutricional en la población general		84,4%
Reaparición de enfermedades que se creían bajo control		74,1%
Grado de afectación laboral por crisis humanitaria venezolana	Nada	0,7%
	Poco	3,7%
	Bastante	25,6%
	Mucho	70%

Comparación de grupos

Se realizó una comparación entre los distintos grupos para explorar la presencia de diferencias significativas en relación a los niveles de burnout, fatiga por compasión y el uso de los estilos de afrontamiento adaptativo y desadaptativo. Para ello se utilizó el ANOVA de un factor para aquellas variables que poseían más de dos categorías y la *t* de Student para aquellas que poseían dos categorías.

Género

Comenzando por el género, se halló mediante la prueba de Levene que las varianzas son homogéneas entre los grupos tanto para el burnout ($F_{\max}=.036$ y $p=.850$), la fatiga por compasión ($F_{\max}=.009$ y $p=.926$), el estilo de afrontamiento adaptativo ($F_{\max}=.116$ y $p=.733$) y desadaptativo ($F_{\max}=2,549$ y $p=.112$). En este sentido, se encontraron diferencias significativas en relación al burnout ($t=2,345$ y $p=.02$), donde las mujeres ($\bar{x}=26,94$ y $DT=14,223$) reportaron mayores niveles de burnout que los hombres ($\bar{x}=22,65$ y $DT=13,401$) con una magnitud del efecto moderada ($d=.42$).

Por otra parte, hubo diferencias significativas en relación a la fatiga por compasión ($t=3,246$ y $p=.001$), siendo las mujeres quienes presentaron mayores niveles ($\bar{x}=23,75$ y $DT=12,114$) en comparación a los hombres ($\bar{x}=18,62$ y

DT=11,886) con un tamaño del efecto moderado ($d=.43$). También se hallaron diferencias significativas en los estilos de afrontamiento adaptativo ($t=-3,623$ y $p=000$) y desadaptativo ($t=2,263$ y $p=.024$), donde los hombres ($\bar{x}=39,56$ y DT=8,03) presentaron un mayor afrontamiento adaptativo que las mujeres ($\bar{x}=35,82$ y DT=7,832) con una magnitud del efecto moderada ($d=.47$), y las mujeres mostraron un mayor afrontamiento desadaptativo ($\bar{x}=21,24$ y DT=7,697) que los hombres ($\bar{x}=18,88$ y DT=8,514) con un tamaño del efecto bajo ($d=.29$).

Tipo de profesión

En relación al tipo de profesión, la prueba de Levene reveló que las varianzas son homogéneas entre los grupos tanto para el burnout ($F_{\max}=2,240$ y $p=.065$), la fatiga por compasión ($F_{\max}=1,772$ y $p=.135$), el estilo de afrontamiento adaptativo ($F_{\max}=1,663$ y $p=.159$) y desadaptativo ($F_{\max}=1,830$ y $p=.123$). En este sentido, mediante el análisis de varianza se hallaron diferencias significativas para la fatiga por compasión, con un tamaño del efecto moderado ($F=3,002$, $p=.019$, $\eta^2=.04$), el estilo de afrontamiento adaptativo, con una magnitud del efecto moderada ($F=2,935$, $p=.021$, $\eta^2=.04$) y el estilo de afrontamiento desadaptativo, con un tamaño del efecto moderado ($F=6,663$, $p=.000$, $\eta^2=.09$), pero no para el burnout ($F=2,337$ y $p=.056$).

En el contraste a posteriori se encontró que solo hay diferencias significativas entre medicina y psicología, donde los médicos ($\bar{x}=24,52$ y DT=12,575) presentaron mayor fatiga por compasión que los psicólogos ($\bar{x}=19,41$ y DT=10,783), como puede observarse en la tabla 16.

Tabla 16.

HSD de Tukey para fatiga por compasión según el tipo de profesión.

	Enfermería	Psicología	Psiquiatría	Trabajo Social
Medicina	.892	5,109*	5,769	1,659
Enfermería		6,002	6,662	2,551
Psicología			.660	3,450
Psiquiatría				4,110

* $p < .05$.

En cuanto al estilo de afrontamiento adaptativo (tabla 17), se tiene que existen diferencias significativas entre medicina con psicología y medicina con trabajo social, donde los médicos ($\bar{x}=39,14$ y $DT=8,047$) utilizaron un estilo de afrontamiento adaptativo en mayor medida que los psicólogos ($\bar{x}=35,72$ y $DT=7,446$) y los trabajadores sociales ($\bar{x}=34,98$ y $DT=10,094$).

Tabla 17.

HSD de Tukey para afrontamiento adaptativo según el tipo de profesión.

	Enfermería	Psicología	Psiquiatría	Trabajo Social
Medicina	1,025	3,423*	1,455	4,166*
Enfermería		2,398	.430	3,141
Psicología			1,968	.743
Psiquiatría				2,711

* $p < .05$

En lo que respecta al estilo de afrontamiento desadaptativo (tabla 18), se halló que hay diferencias significativas entre: (a) medicina con psicología, y (b) enfermería con psicología, psiquiatría y trabajo social. De esta manera, los médicos ($\bar{x}=22,36$ y $DT=7,932$) mostraron un mayor afrontamiento desadaptativo que los psicólogos ($\bar{x}=18,86$ y $DT=7,213$). Por su parte, los enfermeros ($\bar{x}=25,06$ y $DT=7,058$) mostraron un mayor afrontamiento desadaptativo que los psicólogos ($\bar{x}=18,86$ y $DT=7,213$), los psiquiatras ($\bar{x}=17,00$ y $DT=5,831$) y los trabajadores sociales ($\bar{x}=18,67$ y $DT=9,319$).

Tabla 18.

HSD de Tukey para afrontamiento desadaptativo según el tipo de profesión.

	Enfermería	Psicología	Psiquiatría	Trabajo Social
Medicina	2,698	3,504*	5,364	3,689
Enfermería		6,199*	8,059*	6,384*
Psicología			1,860	.186

Psiquiatría 1,674

* $p < .05$

Nivel de instrucción alcanzado

En relación al nivel de instrucción, la prueba de Levene reveló que las varianzas son homogéneas entre los grupos tanto para el burnout ($F_{\max}=1,473$ y $p=.222$), la fatiga por compasión ($F_{\max}=1,103$ y $p=.348$), el estilo de afrontamiento adaptativo ($F_{\max}=1,359$ y $p=.256$) y desadaptativo ($F_{\max}=.682$ y $p=.564$). En este sentido, mediante el análisis de varianza se hallaron diferencias significativas para el burnout, con un tamaño del efecto bajo ($F=3,288$, $p=.021$, $\eta^2=.03$), pero no hay diferencias significativas para la fatiga por compasión ($F=1,530$ y $p=.207$) ni para los estilos de afrontamiento adaptativo ($F=1,658$ y $p=.176$) y desadaptativo ($F=.404$ y $p=.750$).

En el contraste a posteriori se encontró que sólo existen diferencias significativas entre los que poseen un doctorado y los que poseen una licenciatura, se dedican a la medicina general o poseen un título de técnico superior universitario, de manera que estos últimos presentaron un mayor nivel de burnout ($\bar{x}=27,31$ y $DT=14,144$) que quienes poseen un doctorado ($\bar{x}=15,62$ y $DT=8,312$), tal como se muestra en la tabla 19.

Tabla 19.

HSD de Tukey para burnout según el nivel de instrucción.

	Especialización	Maestría	Doctorado
Licenciatura ^a	3,035	.215	11,697*
Especialización		2,820	8,662
Maestría			11,481

* $p < .05$. ^a Incluye medicina general y técnico superior universitario.

Tipo de institución/organización

En cuanto al tipo de institución/organización, la prueba de Levene reveló que las varianzas son homogéneas entre los grupos tanto para el burnout ($F_{\max}=.406$ y $p=.667$), la fatiga por compasión ($F_{\max}=.916$ y $p=.401$), el estilo de afrontamiento adaptativo ($F_{\max}=.947$ y $p=.389$) y desadaptativo ($F_{\max}=.160$ y

$p=.852$). En este sentido, mediante el análisis de varianza se hallaron diferencias significativas para el burnout, con una magnitud del efecto baja ($F=4,094$, $p=.018$, $\eta^2=.03$), pero no hay diferencias significativas para la fatiga por compasión ($F=.997$ y $p=.378$) ni para los estilos de afrontamiento adaptativo ($F=.377$ y $p=.687$) y desadaptativo ($F=.827$ y $p=.439$).

En el contraste a posteriori se encontró que sólo existen diferencias entre las instituciones u organizaciones públicas y otros tipos de instituciones u organizaciones, de modo que aquellas personas que pertenecen a las instituciones u organizaciones públicas ($\bar{x}=27,73$ DT=13,958) reportaron un mayor burnout que quienes pertenecen a otro tipo de instituciones u organizaciones ($\bar{x}=19,18$ y DT=13,008), tal como se muestra en la tabla 20.

Tabla 20.

HSD de Tukey para burnout según el tipo de institución/organización.

	Privada	Otros
Pública	3,124	8,550*
Privada		5,426

* $p<.05$

Estado o ciudad de procedencia

Por último, concerniente al estado o ciudad de Venezuela donde se ejerce la profesión, se obtuvo mediante la prueba de Levene que las varianzas son homogéneas entre los grupos tanto para el burnout ($F_{\max}=1,040$ y $p=.309$), la fatiga por compasión ($F_{\max}=.057$ y $p=.812$), el estilo de afrontamiento adaptativo ($F_{\max}=.216$ y $p=.643$) y desadaptativo ($F_{\max}=.116$ y $p=.733$). Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos, es decir, quienes trabajan en la Gran Caracas y quienes trabajan en otros estados o ciudades de Venezuela (tabla 21).

Tabla 21.

Contraste mediante t de Student para el estado o ciudad de procedencia.

Variable	t	Sig.
----------	---	------

Burnout	-1,689	.092
Fatiga por compasión	-1,495	.136
Estilo de afrontamiento adaptativo	.463	.644
Estilo de afrontamiento desadaptativo	-.591	.551

Análisis de ruta

Antes de realizar el contraste de hipótesis, se verificaron los supuestos del análisis de ruta, el cual se fundamenta en la regresión múltiple. Dichos supuestos son los de normalidad en la distribución de las variables predichas, homocedasticidad de las variables predictoras y no multicolinealidad.

En relación al primer supuesto, las variables predichas no presentan una distribución normal (Shapiro-Wilk con $p < .05$), incluso después de hacer transformaciones logarítmicas, de raíz cuadrada e inversas, sin embargo, dado que la muestra supera los 200 sujetos, se considera que el modelo de regresión es robusto ante la violación de este supuesto.

A continuación se presenta el resto de la verificación de supuestos en conjunto con los resultados obtenidos a partir de la regresión múltiple para cada una de las cuatro variables endógenas: burnout, fatiga por compasión y estilos de afrontamiento adaptativo y desadaptativo.

Cabe destacar que, para el caso de la variable tipo de profesión, se excluyó la categoría de psiquiatría dado que causaba un error de colinearidad con las otras categorías de esta variable por ser de tipo Dummy, lo cual impedía la presencia de las cinco categorías en conjunto para el análisis de regresión. Se decidió excluir esta categoría en lugar de otra dado que la psiquiatría representa una formación profesional tanto en salud física (formación en medicina) como mental (evaluación y tratamiento de trastornos mentales), solapándose en la dimensión construida teóricamente para el diagrama de ruta propuesto, donde aquellas profesiones dedicadas a la salud física y aquellas dedicadas a la salud mental deberían ser excluyentes para esta investigación.

Burnout

Con un coeficiente de 2,046 en la prueba Durbin-Watson, se determinó que no existe relación entre los errores de las variables predictoras, ya que el coeficiente se encuentra cercano a 2. Además tampoco hay multicolinealidad, dado que los índices de tolerancia fueron superiores a 0,60 y los VIF menores a 1,6 (tabla 22).

En cuanto al modelo de regresión, se obtuvo una $R=.611$, indicando una asociación moderada entre el burnout y la mejor combinación de las variables predictoras (antigüedad de servicio profesional, género, tipo de profesión y estilos de afrontamiento adaptativo y desadaptativo). En este sentido, el conjunto de variables predictoras explican un 35,4% (R^2 ajustado) de la varianza ($F=19,424$ y $p=.000$).

Al revisar los coeficientes beta (tabla 22), se observó que las variables que se asociaron con el burnout de forma significativa ($p<.05$) fueron los estilos de afrontamiento y las profesiones de medicina, psicología y trabajo social. En este sentido, un mayor afrontamiento adaptativo se relaciona con un menor burnout y un mayor afrontamiento desadaptativo se asocia con un mayor burnout. Por su parte, ser médico, psicólogo o trabajador social se relaciona con un menor burnout.

Tabla 22.

Coefficientes de regresión para la variable burnout.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
1 (Constante)	29,630	5,346		5,542	,000		
A.adaptativo	-,375	,090	-,215	-4,150	,000	,895	1,117
A.desadaptativo	,927	,092	,528	10,064	,000	,872	1,147
Género	-,785	1,597	-,026	-,492	,623	,863	1,158
Antigüedad	-,080	,062	-,067	-1,279	,202	,868	1,152
Medicina	-8,820	3,161	-,283	-2,790	,006	,233	4,290
Enfermería	-4,934	3,593	-,116	-1,373	,171	,334	2,992
Psicología	-6,662	3,157	-,229	-2,110	,036	,204	4,894
Trabajo social	-8,748	3,420	-,228	-2,558	,011	,303	3,298

Nota. Los coeficientes de colinearidad de las profesiones no se consideran dado que son variables Dummy.

Fatiga por compasión

Se obtuvo coeficiente de 1,699 en la prueba Durbin-Watson, lo cual indica que no existe relación entre los errores de las variables predictoras. Además tampoco hay multicolinealidad, dado que los índices de tolerancia fueron superiores a 0,60 y los VIF menores a 1,6 (tabla 23).

Por su parte, modelo de regresión presentó una $R=.673$, indicando una asociación moderada-alta entre la fatiga por compasión y la mejor combinación de las variables predictoras (antigüedad de servicio profesional, género, tipo de profesión y estilos de afrontamiento adaptativo y desadaptativo). De esta manera, el conjunto de variables predictoras explican un 43,6% (R^2 ajustado) de la varianza ($F=26,953$ y $p=.000$).

Al observar los coeficientes beta (tabla 23), se tiene que solo el estilo de afrontamiento desadaptativo y el género se asocian de manera significativa con la fatiga por compasión ($p<.05$), de manera que un mayor del afrontamiento desadaptativo se asocia con una mayor fatiga por compasión y el ser mujer se asocia con poseer una mayor de fatiga por compasión.

Tabla 23.

Coefficientes de regresión para la variable fatiga por compasión.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
1 (Constante)	13,467	4,347		3,098	,002		
A.adaptativo	-,140	,073	-,092	-1,907	,058	,895	1,117
A.desadaptativo	,944	,075	,618	12,604	,000	,872	1,147
Género	-3,055	1,298	-,116	-2,353	,019	,863	1,158
Antigüedad	-,033	,051	-,032	-,655	,513	,868	1,152
Medicina	,484	2,570	,018	,188	,851	,233	4,290
Enfermería	-2,147	2,921	-,058	-,735	,463	,334	2,992
Psicología	-2,776	2,567	-,110	-1,081	,281	,204	4,894
Trabajo social	,919	2,781	,027	,330	,741	,303	3,298

Nota. Los coeficientes de colinearidad de las profesiones no se consideran dado que son variables Dummy.

Estilo de afrontamiento adaptativo

Se obtuvo un coeficiente de 1,924 en la prueba Durbin-Watson, de manera que no existe relación entre los errores de las variables predictoras. Por

otra parte tampoco hay multicolinealidad, dado que los índices de tolerancia fueron superiores a 0,60 y los VIF menores a 1,6 (tabla 24).

En lo que respecta al modelo de regresión, se obtuvo una $R=.318$, implicando una relación baja entre el afrontamiento adaptativo y la mejor combinación de las variables predictoras (antigüedad de servicio profesional, género y tipo de profesión). En este sentido, el conjunto de variables predictoras explican un 8% (R^2 ajustado) de la varianza ($F=4.923$ y $p=.000$).

De acuerdo a los coeficientes beta (tabla 24), existe una relación significativa entre el género y la antigüedad de servicio profesional con el afrontamiento adaptativo ($p<.05$), de manera que este estilo de afrontamiento se presenta en mayor medida si se es hombre y se han ofrecido los servicios profesionales durante más años.

Tabla 24.

Coefficientes de regresión para la variable estilos de afrontamiento adaptativo.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Estadísticas de colinealidad	
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
1 (Constante)	29,708	2,748		10,811	,000		
Género	3,522	1,055	,203	3,339	,001	,924	1,082
Antigüedad	,115	,042	,169	2,745	,006	,898	1,113
Medicina	2,166	2,133	,121	1,015	,311	,239	4,182
Enfermería	2,692	2,414	,111	1,115	,266	,346	2,890
Psicología	,336	2,158	,020	,156	,876	,204	4,894
Trabajo social	-,449	2,337	-,020	-,192	,848	,303	3,298

Nota. Los coeficientes de colinearidad de las profesiones no se consideran dado que son variables Dummy.

Estilo de afrontamiento desadaptativo

Se obtuvo un coeficiente de 2,080 mediante la prueba Durbin-Watson, implicando que los errores de las variables predictoras no se relacionan. Tampoco hay multicolinealidad, en la medida que los índices de tolerancia fueron superiores a 0,60 y los VIF menores a 1,6 (tabla 25).

En el modelo de regresión se obtuvo una $R=.353$, lo cual indica una relación baja entre el afrontamiento desadaptativo y la mejor combinación de las variables predictoras (antigüedad de servicio profesional, género y tipo de

profesión). En este sentido, el conjunto de variables predictoras explican un 10,4% (R^2 ajustado) de la varianza ($F=6,227$ y $p=.000$).

Al detallar los coeficientes beta (tabla 25), se observa que existe una relación significativa entre el afrontamiento desadaptativo con el género y el tipo de profesión ($p<.05$), de manera que pertenecer al género femenino y a las profesiones de medicina o enfermería se asocia con un mayor estilo de afrontamiento desadaptativo.

Tabla 25.

Coefficientes de regresión para la variable estilos de afrontamiento desadaptativo.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		Estadísticas de colinealidad		
	B	Desv. Error	Beta	t	Sig.	Tolerancia	VIF
1 (Constante)	22,992	2,696		8,529	,000		
Género	-3,037	1,035	-,176	-2,935	,004	,924	1,082
Antigüedad	-,058	,041	-,086	-1,408	,160	,898	1,113
Medicina	4,870	2,093	,275	2,327	,021	,239	4,182
Enfermería	6,544	2,368	,271	2,764	,006	,346	2,890
Psicología	,242	2,117	,015	,114	,909	,204	4,894
Trabajo social	,178	2,293	,008	,077	,938	,303	3,298

Nota. Los coeficientes de colinearidad de las profesiones no se consideran dado que son variables Dummy.

En la figura 24 se muestra el diagrama de ruta resultante del proceso de análisis de regresión múltiple.

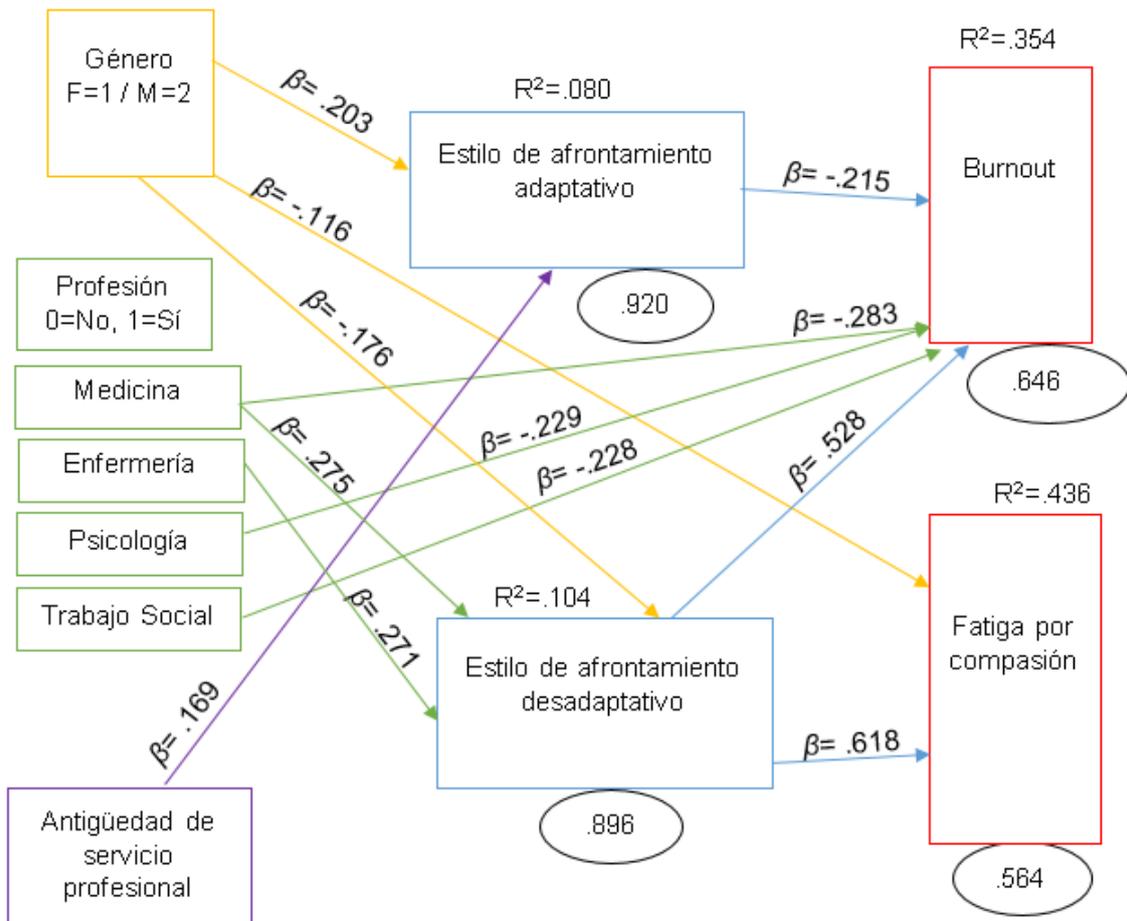


Figura 24. Diagrama de ruta obtenido.

Del análisis de ruta se puede interpretar que:

- Los hombres que tengan un mayor afrontamiento adaptativo tendrán menor burnout.
- Las mujeres tendrán mayor fatiga por compasión.
- Las mujeres que tengan mayor afrontamiento desadaptativo tendrán mayor burnout.
- Las mujeres que tengan mayor afrontamiento desadaptativo tendrán mayor fatiga por compasión.
- Los médicos, psicólogos(as) y trabajadores(as) sociales tendrán menor burnout.
- Los médicos y enfermeros(as) que tengan mayor afrontamiento desadaptativo tendrán mayor burnout.
- Las personas con mayor antigüedad profesional que tengan mayor afrontamiento adaptativo tendrán menor burnout.

- Las personas con mayor afrontamiento adaptativo tendrán menor burnout.
- Las personas con mayor afrontamiento desadaptativo tendrán mayor burnout.
- Las personas con mayor afrontamiento desadaptativo tendrán mayor fatiga por compasión.

Discusión

El objetivo principal del presente proyecto de investigación fue conocer la relación entre los estilos de afrontamiento y factores psicosociales laborales con el burnout y la fatiga por compasión en profesionales de la salud y asistencia social en el marco de la crisis humanitaria en Venezuela, para lo cual se dispuso de una muestra de 270 participantes pertenecientes a las profesiones de medicina, enfermería, psicología y trabajo social, quienes en su mayoría provinieron de la Gran Caracas.

Antes de evaluar las relaciones de influencia encontradas en las variables, se realizó el análisis de las propiedades psicométricas tanto para el estudio piloto como para los instrumentos aplicados en la muestra definitiva. En general, se hallaron índices de confiabilidad aceptables para cada instrumento y estructuras factoriales congruentes a los constructos teóricos representados por las variables de fatiga por compasión, burnout (ambas como medidas unitarias) y estilos de afrontamiento adaptativos y desadaptativos.

En cuanto al comportamiento de las variables, se encontraron niveles bajos de burnout, debido a altas puntuaciones en las dimensiones de Eficacia Personal, bajas en Cinismo y moderadas en Desgaste Emocional, lo cual es congruente con lo encontrado en investigaciones realizadas por Parada, et al. (2005) y por Cabello y D'Anello (2004) en muestras con profesionales de la salud dentro del contexto venezolano.

En este sentido, si bien los profesionales reportan una alta adecuación a las tareas laborales, con un alto autoconcepto, autoestima y logro personal (eficacia personal), el agotamiento emocional moderado implica la aparición de sentimientos de indefensión tras haber usado algunos mecanismos de defensa sin resultados satisfactorios (Maslach y Jackson, 1986), lo cual podría asociarse a factores externos al individuo que quedan fuera de su control (Karasek, 1979), tales como las condiciones laborales desfavorables producto de la situación de emergencia compleja percibida en el país por los participantes (prevalencia superior al 70% de los indicadores de crisis humanitaria).

Esto es sustentado por los bajos niveles de fatiga por compasión hallados en la muestra, dado que el agotamiento emocional es un elemento que comparten ambas condiciones, pero se diferencian en que, para el burnout este se produce como respuesta al entorno laboral y no al trabajo con pacientes, mientras que en la fatiga por compasión, el desgaste emocional ocurre explícitamente por el cuidado de los pacientes (Stamm, 2010; Valent, 2002). De esta manera, en esta muestra los niveles de desgaste emocional se estarían explicando principalmente por los factores asociados a las condiciones laborales.

En este orden de ideas, ya que se encontró un alto índice de afectación laboral por la crisis humanitaria percibida (superior al 70%), como ha sido mencionado, sería adecuado considerar que dichos factores del entorno laboral se asocian en gran medida a la situación del país. Si esta situación de crisis se mantiene o empeora en el tiempo, es posible que la sensación de eficacia personal con la que los profesionales cuentan, no sea suficiente para afrontar las demandas laborales y por lo tanto podrían empezar a manifestar mayores síntomas de burnout y fatiga por compasión (Campos, 2015).

Por otra parte, respecto a los estilos de afrontamiento, se halló una alta tendencia en el uso del estilo de afrontamiento adaptativo, implicando que los profesionales de la salud de esta muestra suelen enfocarse en los problemas con la intención de resolverlos (Schaefer y Moos, 1998). Específicamente, de manera frecuente usan el afrontamiento racional, analizando de manera lógica las situaciones, buscando información y llevando a cabo acciones para resolver el problema (Roger, Jarvis y Najarian, 1993) y, de forma moderada utilizan el afrontamiento por desapego, es decir, se desvinculan en cierta medida de la situación estresante para poder afrontarla (Roger, Jarvis y Najarian, 1993).

Esto significa que los profesionales de la salud en esta muestra están constantemente realizando planes, evaluando la situación de forma lógica y restando importancia al impacto emocional, manteniendo un ánimo vivaz, que les permite desenvolverse de manera adecuada ante los eventos estresantes, valiéndose de su capacidad de autosuficiencia y autocontrol (Roger, Jarvis y Najarian, 1993).

En cambio, se halló una tendencia moderada en el uso del estilo de afrontamiento desadaptativo, concretamente del afrontamiento evitativo, indicando que, en cierta medida, los profesionales evitan pensar en un estresor, sus implicaciones y el afecto asociado al mismo (Schaefer y Moos, 1998). Por su parte, el afrontamiento emocional se presentó en niveles bajos, indicando que los profesionales no suelen centrarse en las emociones negativas producidas por las condiciones estresantes (Roger, Jarvis y Najarian, 1993).

Esto implica que no suelen mostrarse tristes, deprimidos, frustrados, impotentes, irritados y culpables por las condiciones estresantes que los aquejan. Más bien tienden a confiar en la suerte y en creencias religiosas por la percepción de indefensión ante la situación de crisis (Karasek, 1979; Roger, Jarvis y Najarian, 1993).

Ahora bien, al detallar la relación entre los estilos de afrontamiento con el burnout y la fatiga por compasión, se tiene que el afrontamiento adaptativo solo correlacionó con el burnout de forma inversa, mientras que el afrontamiento desadaptativo correlacionó de forma directa tanto con el burnout como con la fatiga por compasión.

En este sentido, los profesionales de la salud con disposición cognitiva y comportamental dirigida a la solución de problemas presentan un menor grado de estrés laboral crónico, es decir, que no evidencian actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional (Maslach y Jackson, 1986; Moos, 1993).

Por otra parte, aquellos que manifiestan disposición cognitiva y comportamental evitativa, centrada en las emociones desagradables ante una situación angustiante, exhiben un mayor grado de estrés crónico laboral, y un mayor agotamiento emocional producto de la constante compasión por quienes están en crisis. Así pues, los profesionales que evitan contactar con el problema presentan mayor sensación de improductividad, pérdida de interés y motivación laboral, dificultad para conciliar el sueño, desesperanza, ansiedad, irritabilidad y angustia por revivir experiencias desagradables con los pacientes (Figley, 1995; Maslach y Jackson, 1986; Moos, 1993).

Retomando el hecho de que el afrontamiento adaptativo no se relaciona significativamente con la fatiga por compasión (aunque sí con el burnout), resulta incongruente con lo hallado por Zeidner, Hodar, Matthews y Roberts (2013), quienes señalan que, dado que las emociones negativas son un elemento inevitable en el trabajo del profesional de la salud, un afrontamiento adecuado debería mitigar el agotamiento emocional propio de la fatiga por compasión. Debido que no se han encontrado otras investigaciones que sustenten lo antes mencionado, se considera que es necesario continuar evaluando la relación entre el afrontamiento adaptativo y la fatiga por compasión.

Brindando mayor sustento, se considera relevante que, en el caso del afrontamiento desadaptativo, sí existe una relación significativa tanto con el síndrome de burnout como con la fatiga por compasión, lo cual refleja la necesidad de continuar evaluando el fenómeno, y a su vez, promover programas de intervención, dirigidos a disminuir el uso de estilos de afrontamientos enfocados en las emociones negativas que genera la situación estresante, así como la tendencia a evitar la búsqueda de soluciones al problema (Moos, 1993).

En cuanto a las comparaciones realizadas entre los distintos grupos estudiados, se tiene que, en relación al género, las mujeres presentaron mayor burnout y fatiga por compasión, y a su vez, un mayor uso del estilo de afrontamiento desadaptativo, el cual contribuye al padecimiento de estas dos condiciones. En cambio, los hombres presentaron un mayor uso del estilo de afrontamiento adaptativo, el cual implicaría que están menos afectados por el burnout, lo que concuerda con previas investigaciones (Cicognani, et al., 2009). No obstante, dado que la cantidad de hombres y mujeres es desbalanceada en este estudio, los resultados obtenidos sobre el género no son concluyentes, pero se considera importante reportar dichos resultados ya que la variable podría tener influencia al ser evaluada en muestras balanceadas.

En lo que respecta al tipo de profesión, se halló que aquellos profesionales que se dedican a la salud física son más propensos a utilizar estilos de afrontamiento desadaptativos en comparación a quienes se dedican a la salud mental (Zeidner, et al., 2013). Se pudo determinar mediante el análisis de ruta que los psicólogos y trabajadores sociales son menos propensos a padecer burnout directamente, mientras que los médicos y enfermeros son más

propensos a padecer burnout y fatiga por compasión a través del uso de estilos de afrontamiento desadaptativos.

Tomando en cuenta que la escases de medicamentos e insumos médicos fue el indicador de crisis humanitaria mayormente reportado (91,5%), es deducible que los profesionales de la salud física se sientan en mayor medida impedidos para realizar procedimientos básicos y brindar atención esencial a los pacientes (Human Rights Watch, 2016), y por lo tanto más propensos a desarrollar síntomas de la fatiga por compasión, tales como pensamientos y sentimientos de falta de idoneidad como profesional asistencial (Acinas, 2012), lo cual puede abocar en depresión y enfermedades relacionadas al estrés y ansiedad (Figley 1995).

En cuanto al nivel de instrucción, solo se hallaron diferencias significativas en relación al burnout, donde los licenciados, técnicos superiores universitarios y aquellos que se dedican a la medicina general, padecen mayor burnout al compararlos con aquellos que poseen doctorado. Tomando en cuenta que la antigüedad de servicio profesional predice un mayor uso del afrontamiento adaptativo, se puede inferir que quienes poseen doctorado han desarrollado a lo largo de su ejercicio profesional dicho estilo de afrontamiento, y por lo tanto presentan menor burnout (Dasan, et al., 2015; Grau, et al., 2009; Sprang, et al., 2007; Thompson, et al., 2014).

Es decir, con un mayor nivel de experticia en áreas particulares de trabajo, los profesionales de la salud han sido capaces de desarrollar habilidades que les permiten resolver problemas y adaptarse a mayores demandas laborales en el transcurso del tiempo (Dasan, et al, 2015) y posiblemente han conseguido establecerse en ambientes de trabajo donde las condiciones son más positivas (Thompson, et al., 2014).

Por último, no se encontraron diferencias significativas entre instituciones públicas y privadas, pero los profesionales que pertenecían a instituciones públicas presentaron mayor burnout que aquellos que pertenecían a otro tipo de institución/organización. Sin embargo, dado que la diferencia de tamaño muestral entre ambos grupos es amplia (pública=45,6% y otros=8,1%), dicho resultado no es concluyente. Igual ocurre con el estado o ciudad de procedencia,

donde no se hallaron diferencias significativas, pero ambos grupos se encuentran desbalanceados (Gran Caracas=85,2% y otros=14,8%), haciendo que los resultados no sean determinantes.

Conclusiones

El tema de esta investigación se estableció en respuesta a la alarmante situación de crisis por la que atraviesa Venezuela. Con la intención de brindar un aporte desde el punto de vista de la psicología de la salud (APA, 2018), se planteó responder al problema de investigación referente a saber si los factores psicosociales laborales y los estilos de afrontamiento predecían el burnout y la fatiga por compasión en profesionales de la salud y asistencia social en Venezuela.

Los profesionales de la salud tratan a las víctimas de la crisis producto de la conflictividad asociada a la inseguridad ciudadana y deterioro en la calidad de vida con eje medular político, fenómeno conocido como emergencia compleja. Por tal motivo, dichos profesionales son susceptibles a sufrir burnout y fatiga por compasión.

En este sentido, al indagar mediante la investigación documental sobre las posibles variables que permitían predecir y explicar el burnout y la fatiga por compasión, resultó frecuente encontrar que distintos factores psicosociales laborales y el afrontamiento al estrés eran, entre otras variables, indispensables para comprender la complejidad del fenómeno.

En general, los resultados fueron consistentes en su mayoría con lo hallado en previas investigaciones. Se encontró que los profesionales con estilos de afrontamiento adaptativo reportan menor burnout, es decir que se orientan a la resolución de los problemas disminuyendo así los síntomas de estrés crónico laboral. Mientras que, los profesionales que utilizan un estilo de afrontamiento desadaptativo indican mayores niveles de burnout y fatiga por compasión, de manera que, enfocarse en la emoción negativa o la evitación del problema les genera mayor estrés crónico laboral y agotamiento asociado al trabajo con pacientes.

Por su parte, se confirmó que los profesionales de la salud física presentan mayor burnout y fatiga por compasión que los profesionales de salud mental, mediante el uso frecuente de estilos de afrontamiento desadaptativos, y

se confirmó que a mayor antigüedad de servicio profesional, mayor uso del afrontamiento adaptativo, y por tanto menor burnout.

En este sentido, el presente estudio ha permitido determinar los grupos dentro del área de la salud más vulnerables ante el burnout y la fatiga por compasión, de manera que la prioridad de alguna intervención iría dirigida principalmente a aquellos profesionales con las siguientes características: (a) quienes trabajen en el área de la salud física, (b) quienes tengan menor antigüedad de servicio profesional, (c) licenciados, técnicos superiores universitarios y quienes se dedican a la medicina general.

Igualmente, los resultados de esta investigación sirven como base para continuar profundizando sobre la compleja relación entre el burnout y la fatiga por compasión con los distintos factores psicosociales laborales que aún quedan por estudiar, los estilos de afrontamiento en sus distintas conceptualizaciones, y otras variables que se han encontrado estar en cierta medida relacionadas, tales como el apoyo social, la satisfacción laboral y la sensibilidad emocional.

Limitaciones

Una limitación importante de este estudio fue el difícil acceso a la muestra debido a la migración masiva de profesionales de la salud, gran volumen de pacientes que atienden los profesionales en su jornada laboral y el tiempo limitado para atender asuntos ajenos a su labor, lo cual junto al uso de un muestreo no probabilístico y ausencia de normalidad en la distribución de las variables predichas, implicó que los resultados no fueran representativos de la población.

Otra limitación se halla en la medición de la variable de tipos de instituciones/organizaciones, la cual estaba compuesta por las categorías: (a) pública, (b) privada y (c) otros, donde esta última categoría no se delimitó adecuadamente, dificultando así una correcta interpretación de los resultados obtenidos para esta variable.

Por último, no se logró conseguir una proporción balanceada de hombres y mujeres para hacer las comparaciones pertinentes. A pesar de que se hayan

encontrado diferencias significativas, congruentes con otras investigaciones, la interpretación de este resultado sería inadecuada.

Recomendaciones

En función de los resultados, se recomienda establecer programas de intervención dirigidos a desarrollar un estilo de afrontamiento adaptativo. Por ejemplo, se podría partir de las técnicas cognitivo conductuales asociadas a reestructuración cognitiva y solución de problemas, para ampliar los esquemas cognitivos y los modos de respuesta que se orienten a la planificación y ejecución de estrategias que disminuyan el impacto generado por situaciones estresantes (Sacco y Beck, 1995), especialmente por la emergencia compleja por la que atraviesa Venezuela (Encovi, 2016; Human Rights Watch, 2016; Transparencia Venezuela, 2017).

Adicionalmente, se recomienda crear programas de intervención psicológica que promuevan la atención individual de los profesionales fuera de su entorno laboral en función de disminuir el estrés ocasionado en el contexto de trabajo e interferido por los indicadores de crisis humanitaria. Asimismo, proponer mayores periodos de descanso en relación a los habituales y preservar el funcionamiento adecuado del equipo de trabajo para prevenir el desgaste.

También llevar a cabo jornadas de información sobre el síndrome de burnout que favorezcan el autocuidado, y promuevan entrenamientos en el enfoque cognitivo conductual para facilitar la consolidación de estrategias de afrontamiento racional y por desapego, para minimizar el impacto emocional que conlleva la asistencia a personas en crisis.

Por otra parte, se recomienda para futuras investigaciones: (a) utilizar el muestreo aleatorio, (b) utilizar el Cuestionario de Fatiga por Compasión y Satisfacción (Professional Quality of Life [ProQOL], Stamm, 2010) en vista de que se hallaron altos índices de eficacia personal, (c) incluir variables como la satisfacción por compasión, satisfacción laboral, apoyo social, bienestar psicológico y otros factores psicosociales laborales, tales como el estado civil, nivel socioeconómico, tipo de pacientes a los que se atienden (por ejemplo, niños, adolescentes, adultos), la jornada laboral, y otros que se consideren pertinentes, (d) obtener una muestra más amplia y balanceada en los distintos

grupos de estudio, y (e) realizar un estudio longitudinal para evaluar la evolución del fenómeno.

Referencias

- Acinas, P. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia* 2(4), 1–22.
- American Psychological Association (2018). *Divisions*. Recuperado de <http://www.apa.org/about/division/index.aspx>
- Arenas, M. (2017, Junio 28). Psicomóvil: La ayuda psicológica gratuita en medio del caos venezolano. *Aleteia*. Recuperado de <https://es.aleteia.org/2017/06/28/psicomovil-la-ayuda-psicologica-gratuita-en-medio-del-caos-venezolano/>
- Barranco, C. (1999). *Estudio de los CAMPs de Tenerife* (Tesis doctoral no publicada). Tenerife, España: Universidad de La Laguna.
- Barbaranelli, C., y Capanna, C. (2001). Efficacia personale e collettiva nelle associazioni di volontariato socio-assistenziale. En G. Caprara (Ed.), *La valutazione dell'autoefficacia* (pp.147–156). Trento, Italia: Erickson.
- Barría, J. (2003). Síndrome de burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la región metropolitana. *Trabajo Social y Salud*, 45, 7-37.
- Beaton, R., y Murphy, S. (1995). Working with people in crisis: Research implications. En C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, (pp. 51-81). Nueva York, Estados Unidos: Brunner/Mazel.
- Bermúdez, M. y Martínez, L. (2017, Abril 5). Parlamento aprobó acuerdo de rechazo a ruptura del orden constitucional y golpe de Estado. *Panorama*. Recuperado de <http://www.panorama.com.ve/politicayeconomia/Calzadilla-Tenemos-15-meses-sin-representacion-de-Amazonas-en-la-AN-eso-es-ruptura-constitucional-20170405-0004.html>

- Bethelmy, L. y Guarino, L. (2008). Afrontamiento y sensibilidad emocional como moderadores de la relación estrés-salud en médicos venezolanos. *SUMMA Psicológica UST*, 5(2), 3-16.
- Bosqued, M. (2008). *Quemados. El síndrome del burnout*. Barcelona, España: Paidós.
- Bride, B. (2007). Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Social Work*, 52(1), 63–70.
- Bride, B., Robinson, M., Yegidis, B. y Figley, C. (2004). Development And Validation Of The Secondary Traumatic Stress Scale. *Research On Social Work Practice*, 14(1), 27-35.
- Brown, K., y Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.
- Cabello, L. y D'Anello, S. (2004). Síndrome de desgaste profesional (burnout) y apoyo familiar en médicos residentes de la Universidad de los Andes. *MedULA*, 10 (4), 40-47.
- Campos, R. (2015). *Estudio sobre la prevalencia de la fatiga por compasión y su relación con el síndrome de burnout en profesionales de centros mayores de Extremadura* (Tesis Doctoral). Universidad de Extremadura, España.
- Candia, M., Pérez, J. y Gonzáles, D. (2016). *Manual del método del cuestionario SUSES0/ISTAS21. Versiones completa y breve*. Unidad de Medicina del Trabajo de la Intendencia de Seguridad y Salud del Trabajo. Recuperado de <http://www.achs.cl/portal/Empresas/DocumentosMinsal/8-%20Factores%20Psicosociales/4-%20Material%20para%20Evaluaci%C3%B3n/Manual%20SUSES0ISTA S%202016.pdf>
- Cantón-Cortés, D., Cantón, J., Justicia F. y Rosario M. (2011) Un modelo de los efectos del abuso sexual infantil sobre el estrés post-traumático: El rol mediador de las atribuciones de culpa y afrontamiento de evitación. *Psicothema*, 23, 66-73.

- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92–100.
- Centro Gumilla (2017). La crisis en Venezuela debería ser una prioridad para el Consejo de Derechos Humanos. *Revista SIC*. Recuperado de <http://revistasic.gumilla.org/2017/la-crisis-en-venezuela-deberia-ser-una-prioridad-para-el-consejo-de-derechos-humanos/>
- Cepeda, L. (2009). *Síndrome de agotamiento psicológico en médicos residentes de post-grado de ginecología-obstetricia* (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Cicognani, E., Pietrantonio, L., Palestini, L. y Prati G. (2009). Emergency worker's quality of life: The protective role of sense of community, efficacy beliefs and coping strategies. *Soc Indic Res*, 94, 449-463.
- Craig, C. y Sprang, G. (2009). Exploratory and confirmatory factor analysis of the trauma practices questionnaire. *Research on Social Work Practice*, 19, 221-233.
- Craig, C. y Sprang G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 319-339.
- D'Anello S, Cabello L. 2002. *APOFA: Una medida de Apoyo Familiar. Papel de Trabajo*. Centro de Investigaciones Psicológicas, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. (No publicado).
- D'Anello, S., D' Orazio, A., Barreat, Y. y Escalante, G. (2009). Incidencia del sentido de humor y la personalidad sobre el síndrome de desgaste profesional (burnout) en docentes. *EDUCERE. Investigación arbitrada*, 13(45), 439-447.
- Dávila, M. (2015). *Comparación de la incidencia de fatiga por compasión y estrés en miembros de los equipos interdisciplinarios de acuerdo a su función en visitas domiciliarias del área de cuidados paliativos* (Trabajo de Grado de Especialidad). Pontificia Universidad del Ecuador.

- Dasan, S., Gohil, P., Cornelius, V. y Taylor, C. (2015). Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: A mixed-methods study of UK NHS consultants. *Emerg Med J*, 32, 588-594.
- Díaz, A. y Pignataro, R. (2004). *Diagnóstico de los niveles de desgaste profesional (burnout) en una muestra de profesores de la UCAB* (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.
- Diaz-Guerrero, R. (1979). The Development of Coping Style. *Human Development*, 22, 320-331.
- Domínguez, E. (2015). *Burnout, estrategias de afrontamiento y prevención en trabajadores sociales* (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad de la Rioja, España.
- Dutton, M. y Rubenstein, F. (1995). Working with people with PTSD: Research implications. En C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 82-100). Nueva York, Estados Unidos: Brunner/Mazel.
- Eastwood, C. y Ecklund, K. (2008). Compassion fatigue risk and self-care practices among residential treatment center childcare workers. *Residential Treatment For Children & Youth*, 25(2), 103-122.
- El Nacional (2017a, Mayo 23). Exministros de salud piden a OMS denunciar crisis humanitaria de Venezuela. Recuperado de http://www.el-nacional.com/noticias/salud/ministros-salud-piden-oms-denunciar-crisis-humanitaria-venezuela_183787
- El Nacional (2017b, Julio 14). The New York Times: La cruz verde en la línea de las protestas. Recuperado de http://www.el-nacional.com/noticias/protestas/the-new-york-times-cruz-verde-linea-las-protestas_193059
- Encovi (2016). Encuesta sobre condiciones de vida en Venezuela. Recuperado de <http://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/encovi-2016.asp>

- Endler, N. y Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-54.
- Engels, F. (1845). *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Futuro.
- Escuela de Psicología. (2002). *Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología* (1º ed.). Caracas, Venezuela: Publicaciones UCAB.
- Estébanez, P., Jiménez, C. y Alvar, J. (2017). Asistencia sanitaria en crisis humanitarias. *Rev Esp Salud Pública*, 91, 2-15.
- Facal-Fondo, T. (2012). Prevalencia del síndrome de burnout en trabajadores sociales de los servicios sociales comunitarios. *Portularia*, 12, 59-69.
- Feldman, L. y Blanco, G. (2012). Una aproximación al estudio de los factores psicosociales laborales en Venezuela. *Salud de los Trabajadores*, 20, 75-92.
- Fernández, J. (2001). Elementos que consolidan el concepto de profesión. Notas para su reflexión. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 3(2). Recuperado de <https://redie.uabc.mx/redie/article/view/40/1180>
- Fernández-Abascal, E. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Madrid, España: Pirámide.
- Figley, C. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. En C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 1-20). Nueva York, Estados Unidos: Brunner/Mazel.
- Figley, C. (1997). *Burnout in families: The systemic costs of caring*. Nueva York, Estados Unidos: CRC Press.
- Figley, C. (2002). *Treating compassion fatigue*. Nueva York, Estados Unidos: Brunner-Routledge.

- Figuera, A. y Salas, A. (2009, octubre). *Burnout en profesionales del área de tecnología de la información*. Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional de Medicina Conductual. I Jornadas Venezolanas de ALAPSA. Caracas, Venezuela.
- Franquis, B. (2017, Mayo 6). Ofrecen atención gratuita a heridos. *El Nacional*. Recuperado de http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/ofrecen-atencion-gratuita-heridos_180870
- Freudenberger, H. (1974). Staff Burnout. *J Soc Issues*, 30, 159-166.
- Frías, M. y Pascual, J. (2003). Psicología clínica basada en pruebas: Efecto del tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 85, 11-18.
- García, Y. y Pertuz, L. (2005). Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería que laboran en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Domingo Luciani. Tercer Trimestre 2004 (Trabajo de Grado de Licenciatura), Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- Giménez, V. (2000). El fenómeno del Burnout en las profesiones de ayuda. Estudio experimental de la situación en centros sociales municipales de la ciudad de Alicante. *Revista de Trabajo Social*, 159, 65-102.
- Guerra, C. y Saiz, J. (2007). Examen psicométrico de la Escala De Estrés Traumático Secundario: Un estudio en profesionales chilenos. *Psicología Conductual*, 15(3), 441- 456.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Rev Esp Salud Publica*, 83, 215-230.
- Guarino, L. (2004). *Emocional Sensitivity: a new measure of emotional lability and its moderating role in the stress-illness relationship* (Tesis doctoral sin publicar). Universidad de York, Inglaterra.
- Guarino, L. y Roger, D. (2005). Construcción y Validación de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE). Un nuevo enfoque para medir neuroticismo. *Psicothema*, 17 (3), 465-470.

- Guarino, L., Sojo, V. y Bethelmy, L. (2007). Adaptación y validación preliminar de la versión hispana del CSQ (Coping Style Questionnaire). *Psicología Conductual*, 15, 173-189.
- Guildford, J. (1954), *Psychometric Methods*. Nueva York, Estados Unidos: McGraw-Hill.
- Gutner, C., Rizvi, S., Monson, C. y Rezick, P. (2006). Changes in coping strategies, relationship to the perpetrator and posttraumatic distress in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 813-123.
- Hernández, Fernandez y Baptista (2015). *Metodología de la investigación* (5ta ed.). México: Mc-Graw Hill.
- Holahan, C., Moos, R., y Schaefer, J. (1996). Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptative functioning. En M. Zeidner y N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 24-43). Nueva York, Estados Unidos: John Wiley & Sons, Inc.
- Human Rights Watch (2016). *Crisis humanitaria en Venezuela: La inadecuada y represiva respuesta del gobierno ante la grave escasez de medicinas, insumos y alimentos*. Estados Unidos. Recuperado de https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/venezuela1016sp_web_2.pdf
- Jenkins, S., y Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 423-432.
- Joinson, C. (1992) Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-120.
- Juárez, A. (2017). ¿Qué son los factores psicosociales del trabajo?. En G. Blanco y L. Feldman (Eds.), *Factores psicosociales y sus efectos, haciendo visible lo invisible*. Caracas, Venezuela: Araca.
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job design. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Kerlinger, F., y Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento: *Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw-Hill.

- Kline, P. (1986). *A Handbook of Test Construction*. Nueva York, Estados Unidos: Methuen.
- Lamas, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *Papeles de Población*, 5, 147-178.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York, Estados Unidos: Springer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- Maslach, C. y Jackson, S. (1986). MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual research edition. California, Estados Unidos: *Consulting Psychologist Press*.
- Matthews, G., Campbell, S., Falconer, S., Joyner, L., Huggins, J., Gilliland, K., Warm, J. (2002). Fundamental dimensions of subjective state in performance settings: Task engagement, distress, and worry. *Emotion*, 2, 315-340.
- Mayer, J., Salovey, P., y Caruso, D. (2002). *Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence scale*. Toronto: MHI.
- Mayo, E. (1933). *The Human Problems of an industrial civilization*. Nueva York, Estados Unidos: MacMillan.
- Mikulic, I. y Crespi, M. (2008). Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de Investigaciones*, 15, 305-312.
- Millán, A. y D'Aubeterre, M. (2012). Propiedades psicométricas del Maslach Burnout Inventory-GS en una muestra multiocupacional venezolana. *Revista de Psicología*, 30(1), 103-128.

- Miracco, M., Rutzstein, G. y Keegan, E. (2015). Afrontamiento y trastorno de estrés postraumático en mujeres maltratadas por su pareja. *Ansiedad y Estrés*, 21 (2-3), 181-194.
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory Adult Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Montero, F. (2014). *Estudio de factores psicológicos y conductas de autocuidado asociados a procesos de estrés traumático secundario en profesionales de la salud mental* (Trabajo de Grado de Maestría). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Morante, M., Moreno, B. y Rodríguez, A. (2006). *Traducción del instrumento de evaluación Professional Satisfaction and Fatigue Subscales – version IV (ProQOL)*. Universidad Autónoma de Madrid, España. Recuperado de http://www.proqol.org/uploads/ProQol_vIV_Spanish_Oct05.pdf
- Moreno (2017, Septiembre 1). Informe de ONU señala a los colectivos armados por causar 31 muertes en las protestas. *Efecto Cocuyo*. Recuperado de <http://efectococuyo.com/principales/informe-de-onu-senala-a-colectivos-armados-por-causar-31-muertes-en-las-protestas>
- Newell, J. y MacNeil, G. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices In Mental Health*, 6(2), 57-68.
- Oramas, A. Almirall, P. y Fernández, I. (2007). Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout en Docentes Venezolanos. *Salud de los Trabajadores*, 15(2), 71-87.
- Oramas, A., González, A. y Vergara, A. (2007). El desgaste profesional: evaluación y factorialización del MBI-GS. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 8(1), 37-45.
- Organización de las Naciones Unidas (2015). Fortalecimiento de la coordinación de la asistencia humanitaria de emergencia que prestan las Naciones Unidas. *Septuagésimo Periodo de Sesiones de la Asamblea General*. Recuperado de

<http://www.unocha.org/cerf/sites/default/files/CERF/Strengthening%20Coordination%20A%20RES%2070%20106%20S.pdf>

Organización Internacional del Trabajo/ Organización Mundial de la Salud – OIT/OMS- (1984). *Factores psicosociales del trabajo: Naturaleza incidencia y prevención. Informe del comité mixto de la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud sobre medicina del trabajo*. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2013). What do we mean by sex and gender. *Gender, Women and Health*. Recuperado de <http://www.who.int/gender-equity-rights/en/>

Panorama (2017, Agosto 8). ONU denuncia uso de “fuerza excesiva” y “torturas” en Venezuela. Recuperado de <http://www.panorama.com.ve/politicayeconomia/ONU-denuncia-uso-de-fuerza-excesiva-y-torturas-en-Venezuela-20170808-0017.html>

Parada, M., Moreno, R., Mejías, Z., Rivas, A., Rivas, F., Cerrada y Rivas, F. (2005). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 32-45.

Pearlman, L. (1999). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. En B. Hundall Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-Care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 51–64). Baltimore, Estados Unidos: Sidram Press.

Pearlman, L. y Maclan, P. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Journal of Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558–565.

Prezza, M., Costantini, S., Chiarolanza, V., y Di Marco, S. (1999). La scala italiana del senso di comunita` (The Italian scale of sense of community). *Psicologia della salute*, 3(4), 135–158.

Quinceno, J. y Vinaccia, S. (2007). Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 117-125.

- Regan, J., Burley, H., Hamer G., y Wright, A. (2006). Secondary Traumatic Stress in Mental Health Professionals. *Tennessee Medicine*, 99(4), 39-40.
- Rodríguez, M. (2006) Eficacia de un programa de grupo estructurado en estrategias de afrontamiento para DSPT en adultos y adolescentes en situación de desplazamiento. *Universitas Psychologica*, 5(2), 259-274.
- Roger, D. (1995, Abril). *The mechanics of stress: a model for the relationship between stress, health and personality*. Comunicación presentada en la 5ta. Conferencia Internacional en Manejo del Estrés, Noordwijkerhout, Holanda.
- Roger, D., Jarvis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15 (6), 619-626.
- Rohlf, I., Borrell, C., y Fonseca, M. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14, 60-71.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. Nueva York, Estados Unidos: W.W. Norton.
- Sacco, W. y Beck, A. (1995). Cognitive theory and therapy. En Beckham E. y Leber W. (Eds.), *Handbook of depression: Treatment, assessment and research* (2da ed.). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Salama, P. (1999). The psychological health of relief workers: Some practical suggestions. *Relief and Rehabilitation Network*, 15, 12-14.
- Sandoval, P. y Yáber, G. (2009, octubre). *Estrategias de afrontamiento y justicia organizacional sobre burnout en profesionales de la salud mental*. Ponencia presentada en el IV Congreso Nacional de Medicina Conductual. I Jornadas Venezolanas de ALAPSA. Caracas, Venezuela.
- Schaefer, J., y Moos, R. (1998). The context for personal growth: Life crises, individual and social resources, and coping. En R. Tedeschi, C. Park, y L. Calhoun (Eds.), *Posttraumatic growth: Positive change in the aftermath of crisis* (pp. 99-117). Nueva Jersey, Estados Unidos: Erlbaum.

- Schutte, N., Malouff, J., Hall, L., Haggerty, D., Cooper, J., Golden, C., y Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
- Sprang, G., Clark, J. y Whitt-Woosley (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of Life. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 12(3), 259-280.
- Stamm, B. (2010). *The Concise ProQOL Manual* (2da ed). Recuperado de http://www.proqol.org/ProQOI_Test_Manuals.html
- Thompson, I., Amatea, E. y Thompson, E. (2014). Personal and contextual predictors of mental health counselors' compassion fatigue and burnout. *Journal of Mental Health Counseling*, 36, 58-77.
- Transparencia Venezuela (2017). ¿Crisis humanitaria o crisis compleja en Venezuela?. *Observatorio Misiones*. Recuperado de https://transparencia.org.ve/wp-content/uploads/2017/05/Boleti%CC%81n-15_05_2017-49.pdf
- Valent, P. (1995). Survival strategies: A framework for understanding secondary traumatic stress and doping in helpers. En C. Figley (Ed.). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 21-50). Nueva York, Estados Unidos: Brunner/Mazel.
- Valent, P. (2002). Diagnosis and treatment of the helper stresses, traumas and illnesses. En C. Figley (Ed.). *Treating compassion fatigue* (pp.17-37). Hove, Gran Bretaña: Brunner-Routledge.
- Vázquez, C., Crespo R. y Ring, J. (2003). Estrategias de afrontamiento. En *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (pp.425-435). Barcelona, España: Ed. Masson.
- Warr, P., Cook J., Wall T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychol* 52,129-148.

Zeidner, M., Hadar D., Matthews, G. y Roberts, R. (2013). Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety, Stress and Coping*, 26 (6), 595-609.

ANEXO A

**Cuestionario simple de factores psicosociales laborales y
afectación por la crisis humanitaria en Venezuela percibida**

INSTRUCCIONES GENERALES

A continuación se le presentarán una serie de cuestionarios que deben ser contestados por usted, con la mayor sinceridad posible. Léalos cuidadosamente y luego escriba su respuesta en el espacio destinado para ello. Todo lo contestado será absolutamente confidencial. Para cada pregunta marque solo una opción.

Fecha actual:			
Edad:		Género. 1.Femenino () 2.Masculino ()	
Profesión y nivel de instrucción.			
1. <u>Medicina</u>			
a. General (), b. Especialista en Psiquiatría (), c. Otras especializaciones (), d. Maestrías (), e. Doctorado (). Especifique _____			
2. <u>Enfermería</u>			
a. Técnico superior universitario (), b. Licenciatura (), c. Especialización (), d. Maestría (), e. Doctorado (). Especifique _____			
3. <u>Psicología</u>			
a. Licenciatura (), b. Especialización (), c. Maestría (), d. Doctorado (). Especifique _____			
5. <u>Trabajo Social</u>			
a. Técnico superior (), b. Licenciatura (), c. Especialización (), d. Maestría (), e. Doctorado (). Especifique _____			
Tipo de institución/organización.		Antigüedad de servicio profesional (en años):	
1. Pública ()		_____	
2. Privada ()		Estado o Ciudad de Venezuela:	
3. Otro ()		_____	
A continuación se presentarán indicadores que definen o caracterizan una crisis humanitaria o emergencia compleja, le agradecemos que seleccione los que usted ha observado dentro de su labor de asistencia o quehacer profesional.			
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Escasez de medicamentos e insumos médicos. <input type="radio"/> Altos índices de mortalidad infantil y materna. <input type="radio"/> Conflicto asociado a la inseguridad ciudadana (violencia criminal y violencia política). <input type="radio"/> Empobrecimiento generalizado y deterioro de calidad de vida en el país. <input type="radio"/> Éxodo (diáspora venezolana). <input type="radio"/> Incremento de la economía informal (ejm, buhonería). <input type="radio"/> Dificultad en el acceso a los servicios básicos. <input type="radio"/> Déficit nutricional de la población en general. <input type="radio"/> Reparación de enfermedades que se creían bajo control. <input type="radio"/> Ninguno de los anteriores. 			
¿En qué medida se ha visto afectado su ejercicio profesional y/o labor de asistencia debido a la crisis del país? Marque con una X su grado de afectación.			
Nada	Poco	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO B

**Inventario de Burnout de Maslach (Maslach Burnout Inventory-
General Survey, MBI-GS, Maslach y Jackson, 1981) validado
por Millán y D'Aubeterre (2012)**

A continuación ponemos a su disposición un conjunto de preguntas que están destinadas a conocer cómo se relaciona usted con su trabajo y el efecto que esto tiene en su salud y bienestar. Conteste con sinceridad las siguientes frases indicando la frecuencia con que usted ha experimentado ese sentimiento. **Marque con una x** en cada cuadrícula el valor correspondiente. Recuerde que sus respuestas son confidenciales.

0 = Nunca 1 = Pocas veces al año 2 = Una vez al mes
3 = Unas pocas veces al mes 4 = Una vez a la semana
5 = Pocas veces a la semana 6 = Todos los días

	0	1	2	3	4	5	6
1. Soy capaz de resolver adecuadamente los problemas que surgen en mi trabajo.							
2. Desde que comencé este trabajo, he ido perdiendo mi interés en él.							
3. Trabajar todo el día, es realmente estresante para mí.							
4. He realizado muchas cosas que valen la pena en mi trabajo.							
5. Me siento acabado(a) al final de la jornada.							
6. Siento que estoy haciendo una buena contribución a la actividad de mi centro laboral.							
7. Me siento fatigado(a) al levantarme por la mañana y tener que enfrentarme a otro día de trabajo.							
8. He ido perdiendo el entusiasmo en mi trabajo.							
9. En mi opinión, soy muy bueno en lo que hago.							
10. Me he vuelto más cínico, inseguro, acerca de si mi trabajo sirve para algo.							
11. Me siento 'quemado(a)', 'hastiado(a)' de mi trabajo.							
12. Sólo quiero hacer lo mío y que no me molesten.							
13. Me siento realizado cuando llevo a cabo algo en mi trabajo.							
14. Dudo sobre el valor de lo que realizo laboralmente.							
15. En mi trabajo estoy seguro de que soy eficaz haciendo las cosas.							

ANEXO C

Escala de Estrés Traumático Secundario (EETS, Bride, Robinson, Yegidis y Figley, 2004; adaptada por Guerra y Saiz, 2007)

Vas a leer una lista de afirmaciones hechas por personas que han sido afectadas por su trabajo con pacientes que han sido víctimas de eventos traumáticos. Lee cada afirmación e indica con qué frecuencia te ha ocurrido durante estos últimos 30 días. Recuerda responder todas las afirmaciones y no dejar ninguna sin responder.

0=Nunca, 1=Raramente, 2=Ocasionalmente, 3=Con frecuencia, 4=Con mucha frecuencia

	0	1	2	3	4
1. Me he sentido incapaz de experimentar emociones.					
2. Cuando pienso en el trabajo con los pacientes, mi corazón comienza a latir más fuerte.					
3. He sentido como si estuviera reviviendo los traumas sufridos por los pacientes con los que trabajo.					
4. He tenido dificultades para conciliar o mantener el sueño.					
5. Me he sentido desesperanzado/a al pensar en mi futuro.					
6. Hay recuerdos de mi trabajo con los pacientes que me provocan malestar.					
7. He tenido poco interés por estar con otras personas.					
8. Me he sentido nervioso/a, sobresaltado/a, ansioso/a.					
9. He estado menos activo/a de lo habitual.					
10. Me he sorprendido pensando en mi trabajo con los pacientes sin tener la intención de hacerlo.					
11. He tenido dificultades para concentrarme.					
12. He evitado personas, lugares o cosas que me recuerdan al trabajo con los pacientes.					
13. He tenido sueños desagradables sobre mi trabajo con los pacientes.					
14. He deseado evitar el trabajo con algunos pacientes.					
15. Me he enojado con facilidad.					
16. He tenido la sensación de que algo malo va a pasar.					
17. He notado vacíos en mi memoria.					

ANEXO D

Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (Coping Style Questionnaire, CSQ, Roger, Jarvis y Najarian, 1993) adaptado y validado por Guarino, Sojo y Bethelmy (2007)

Instrucciones: Aunque la gente pueda reaccionar en diferentes formas ante diversas situaciones, todos tenemos la tendencia a manejar de una manera característica las situaciones que nos molestan. ¿Cómo describirías la manera en la cual tú típicamente reaccionas ante el estrés? Encierra en un círculo:

Nunca (N), Algunas veces (A), Frecuentemente (F) o Siempre (S) según corresponda para cada afirmación siguiente:

1. Me siento abrumado(a) y a merced de la situación. **N A F S**
2. Elaboro un plan para manejar lo que ha ocurrido. **N A F S**
3. Veo la situación por lo que realmente es y nada más. **N A F S**
4. Me siento deprimido(a) o abatido(a). **N A F S**
5. Siento que nadie me entiende. **N A F S**
6. Siento que estoy solo(a) o aislado(a). **N A F S**
7. Tomo acciones para cambiar las cosas. **N A F S**
8. Me siento impotente – no hay nada que pueda hacer al respecto. **N A F S**
9. Trato de encontrar más información para ayudarme a tomar decisiones acerca de lo ocurrido. **N A F S**
10. Me reservo las cosas para mí mismo(a) y no dejo que otros sepan lo mal que están. **N A F S**
11. Me siento independiente (ajeno/a) de las circunstancias. **N A F S**
12. Me paralizó y espero que todo pase. **N A F S**
13. Transmito mis frustraciones a la gente más cercana a mí. **N A F S**
14. Resuelvo la situación sin sentirme identificado(a) con ella. **N A F S**
15. Respondo neutralmente al problema. **N A F S**
16. Pretendo que nada pasa, aunque la gente pregunte. **N A F S**
17. Mantengo las cosas dentro de una proporción – nada es realmente tan importante. **N A F S**
18. Creo que el tiempo de alguna manera resolverá las cosas. **N A F S**
19. Me siento mentalmente aliviado(a) acerca de todo el asunto. **N A F S**
20. Trato de mantener mi sentido del humor – me río de mí mismo o de la situación. **N A F S**
21. Me mantengo pensando en lo ocurrido con la esperanza de que pasará. **N A F S**
22. Creo que puedo enfrentar las cosas con el mínimo de agitación. **N A F S**
23. Sueño despierto con que las cosas mejorarán en el futuro. **N A F S**

24. Trato de encontrar una manera lógica de explicar el problema. **N A F S**
25. Decido que no tiene caso molestarme y continúo adelante. **N A F S**
26. Me siento sin valor y poco importante. **N A F S**
27. Confío en la suerte- las cosas de alguna manera mejorarán. **N A F S**
28. Uso mi experiencia pasada para tratar de manejar la situación. **N A F S**
29. Trato de olvidar todo lo que ha ocurrido. **N A F S**
30. Me irrito o me pongo bravo(a). **N A F S**
31. Le doy a la situación toda mi atención. **N A F S**
32. Hago las cosas una a la vez. **N A F S**
33. Me critico o me culpo a mí mismo(a). **N A F S**
34. Rezo para que las cosas cambien. **N A F S**
35. Pienso y hablo del problema como si no tuviera que ver conmigo. **N A F S**
36. Hablo de lo ocurrido lo menos posible. **N A F S**
37. Me preparo para el peor desenlace posible. **N A F S**
38. Busco comprensión por parte de la gente. **N A F S**
39. Veo lo ocurrido como un reto a ser superado. **N A F S**
40. Soy realista en mi aproximación a la situación. **N A F S**

ANEXO E

Carta para las instituciones



Objetivo de la investigación

Estimados Doctores, Licenciados y Técnicos Superiores, les escriben Luis Rebolledo y Alejandra Serrano, estudiantes del último año de psicología en la Universidad Católica Andrés Bello, quienes en esta oportunidad, estamos realizando nuestra tesis de pregrado.

Por medio de los siguientes instrumentos, pretendemos recopilar información con la finalidad de delimitar la relación entre los estilos de afrontamiento, factores sociolaborales, el síndrome de burnout y la fatiga por compasión en profesionales de salud y asistencia social en el marco de la crisis humanitaria en Venezuela. En vista de ello, necesitamos su valiosa colaboración en responder todos los cuestionarios que se presentan a continuación, los cuales constan un conjunto de preguntas y afirmaciones referidos a las variables de estudio, debido a la naturaleza opinática de las interrogantes no existen respuestas buenas o malas. Es menester destacar que los datos recopilados tendrán un uso estrictamente académico y en pro del desarrollo de conocimiento científico concerniente a la promoción de salud mental en el ámbito laboral; la confidencialidad de sus respuestas está garantizada por el anonimato de los cuestionarios.

Consentimiento informado

Cumpliendo con los lineamientos éticos en el que se apoya este proyecto de grado, en su carácter de participante en este estudio relacionado con la rama de la psicología de la salud se le asegura lo siguiente:

1. El presente estudio no representa ningún riesgo para la integridad y seguridad personal, siendo resguardado el bienestar de los participantes.
2. La única responsabilidad de el/la participante consiste en responder de forma honesta las preguntas formuladas en los cuestionarios. Se garantiza la confidencialidad, anonimato y discrecionalidad en el manejo de los resultados obtenidos.
3. Bajo ninguna circunstancia los resultados derivados de estas pruebas pueden generar repercusiones en el ámbito laboral.
4. La participación es voluntaria.
5. Cualquier otro aspecto es absoluta responsabilidad de los investigadores bachilleres Luis Rebolledo, Alejandra Serrano y profesora guía Lic. Mary Sánchez.

¿A quién contactar en caso de preguntas?: A los investigadores: 0414-3770971 o 0416-524371; alejandra_smendoza@hotmail.com / reboluis1001@gmail.com

Autorización

Fecha