UCAB Universidad Católica
ANDRÉS BELLO
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología

Relación existente entre Estrategias de afrontamiento al estrés, Síndrome de Burnout, Salud psicológica, y Jornada laboral en las personas que laboran con niños y jóvenes con trastornos del neurodesarrollo.

Proyecto de Investigación presentado por:

Dariana R. IBARRA ARAQUE

Y

Emilia F. LÓPEZ TROCONIS

Profesora guía:

Flor V. BERNARDO

Caracas, Septiembre 2017

Agradecimientos

Primeramente, le agradezco a Dios, porque sé que siempre me acompañó estos cinco años de carrera, dándome fuerzas de donde no las tenía, guiándome siempre para tomar las mejores decisiones, y poniendo en mi camino a personas increíbles que me acompañaron, me apoyaron y me dieron una experiencia universitaria inigualable, profesores, amigos, familia, oportunidades, etcétera. Gracias por eso y más.

Agradezco por supuesto a mis padres, puesto que desde el primer momento en que decidí estudiar psicología, lejos de ellos, en un lugar desconocido para mí y sola, siempre me apoyaron y me brindaron su confianza y comprensión. Gracias papá por siempre decirme las palabras correctas cuando las necesitaba escuchar, gracias por confiar en mis capacidades y enseñarme a levantarme con más fuerza cada vez que caigo. Gracias mamá por enseñarme a ser fuerte, no decaer ante la adversidad y recordarme siempre sonreírle a la vida. El amor, la comprensión y la contención que ustedes me brindaron, sin duda fue el pilar que me sostuvo todo este tiempo.

Le doy gracias a mi compañera en esta aventura, Emilia, porque sin duda complementas muchas de mis debilidades, por lo que estoy segura que hicimos un excelente equipo, no imagino otra persona con la que hubiese querido vivir esta experiencia, gracias por estar ahí siempre, porque tu firmeza, organización, amor, pasión, comprensión y esa excelente virtud que te caracteriza, la empatía, fueron clave para finalizar con éxito este proyecto; tuve momentos difíciles, y tu apoyo fue crucial, mil gracias, te amo amiga bella, doy gracias a Dios por ser tu mi compañera, vivimos muchas cosas durante estos dos años, y sin duda tus buenas vibras con las mías, fueron la clave del éxito. Aprovecho de agradecer a la familia López Troconis, tu familia, quienes me dieron un hogar todo este tiempo, nos

brindaron mucho apoyo y creyeron siempre en nosotras, me siento parte de ustedes, y agradezco siempre por todo lo que hicieron por nosotras.

Agradezco a la Universidad Católica Andrés Bello, y específicamente a la Escuela de Psicología, por brindarme una excelente educación, por hacerme una profesional integral, y por ayudarme a forjar la persona que soy hoy en día. Mucho de los profesores y de las experiencias que nos brinda esta carrera, en esta universidad, en esta escuela, me han impulsado a seguir adelante y siempre servir y dar lo mejor de mí, de forma genuina y con amor. Gracias.

Gracias a nuestra tutora Flor Bernardo, por creer en nosotras y apoyarnos siempre. A Maikel Carrión, por su indispensable ayuda, sin tu asesoría metodológica no hubiésemos logrado finalizar con éxito. Y a Ana Pérez por escucharnos y ayudarnos cada vez que la necesitamos.

Finalmente, no puedo dejar de agradecerle a mis amigos, quienes presenciaron mis caídas y catarsis, gracias por escucharme. Principalmente a mis hermanitas del alma, Mariale, Nata, Isa, Gabi y Emilia, gracias por hacer de esta experiencia universitaria la más increíble y divertida, por hacerme confiar más en mí, y por dar vida a este vínculo de hermandad tan lindo, son unos angelitos que llenan de amor mi corazón, las amo con todo mi ser. Gracias.

-Dariana.

Agradezco principalmente a mi compañera amada de tesis, Dariana Ibarra, tu eres la primerita a mencionar porque más que nadie tú sabes lo que es poder lograr terminar este proyecto, agradezco porque fuiste tú quien me eligió y porque sin tus vibras y tu paciencia nada de esto hubiese podido ser posible, gracias por quererme como tu compañera de tesis, gracias por entenderme siempre, por comprender mis amarguras y saber cómo lidiar con ellas, gracias por enfrentarte a SPSS y no dejarme a mi esa tarea, gracias y mil gracias por estar ahí cada vez

que te necesite, te amo mucho bebita, te considero mi hermanita, y así te quiero.

Agradezco también a mi familia, mis dos hermanas, Camila y Jimena que a pesar de estar lejos siempre estuvieron presentes, y más de una vez se calaron mis lágrimas, gritos y amarguras que esta tesis y esta carrera me trajeron, pero también compartieron mis alegrías y se sintieron felices cada vez que logré culminar un proyecto como este, gracias a mis padres porque desde el momento que decidí estudiar psicología me apoyaron y me consintieron con todo lo que podían darme para hacer de estos cinco años los mejores. Gracias daddy por entenderme, por tenerme paciencia, por ser el mediador y moderador de todos mis problemas, por aplaudirme mis logros y animarme cada vez que pensé que iba a fallar, gracias mami por ser la más consentidora conmigo y con mis amigas, por tus siempre adecuadas palabras de motivación que aunque no lo creas más de una vez me permitieron seguir adelante, gracias también a mi tío Oswaldo quien en los primeros años de carrera me consentía con divinos chocolates que me ayudaban a estudiar largas noches, gracias a Yuli y a Mili, dos bellas personas que trabajan en la casa y que siempre me consintieron a mí y a mis cuatro amigas con ricos desayunos, almuerzos y cenas. Por último, gracias a mi ita y a mi abusito dos angelitos que me acompañaron siempre en estos cinco años de universidad, todo lo que en algún momento les pedí hoy lo veo materializado.

Agradezco por supuesto a mis bachaquitas, cuatro niñas bellas, llenas de buenas vibras, todas muy diferentes entre ellas, pero cuando nos uníamos éramos igual de fastidiosas, burlonas, estudiosas, dormilonas y criticonas, sin ustedes esta aventura que fue la universidad no hubiese sido igual de divertida. Male, gracias por tus divinas arepas con las que nos consentías, por ser la principal moderadora de nuestros problemas y por tus siempre adecuadas palabras que hacen que empaticemos con los demás, Nata gracias por tu confianza y por tu siempre insistencia en los estudios gracias por abrirnos tu corazón siempre, Isa, gracias

por tus ocurrencias e imprudencias, por ser tan genuina y única, gracias por cuestionarme y hacerme pensar, y Dari, gracias hermanita querida por ser tan especial, las amo. No podía dejar de mencionar aquí a Aleboy, mi querido amigo desde primer año de carrera, con el que conocí la universidad, el que me ayudó con todos los apuntes posibles y el que me ha retado siempre para ser mejor, I love you baby.

Por último, gracias a la universidad Católica, a nuestra tutora Flor Bernardo por su apoyo, a la profe Ana Pérez por su paciencia y consejos, y a Maikel Carrión por su ayuda en la misión de traducir los números en palabras.

- *Emilia*

Indice

Resumen xii
Introducción 13
Trastornos del Desarrollo 20
Jornada Laboral 34
Estrategias de afrontamiento al estrés 46
Síndrome de Burnout 65
Salud Psicológica 83
Método 91
Problema de investigación 91
Hipótesis General 91
Hipótesis Específicas 91
Definición de variables 92
Variables independientes 92
Variables dependientes 94
Variable a controlar 96
Tipo de investigación 97
Diseño de investigación 98
Diseño muestral 99
Instrumentos 101
Procedimiento 107
Análisis de datos 111
Análisis Psicométrico 111
Análisis Descriptivo 119
Análisis de Regresiones. 144
Discusión 149
Conclusión 160
Referencias Bibliográficas 167

ANEXOS 185
Anexo A. Ways of CopingScale WOC de Lazarus y Folkman(1986) y adaptada por Llorens 1995..... 186
Anexo B. Inventario de Burnout de Maslach (1986) 188
Anexo C. Cuestionario de Salud General de Goldberg (1979) (GHQ-28) 191
Anexo D. Consentimiento Informado a los participantes 195
Anexo E.Consentimiento informado a las instituciones 197
Anexo F. Cuadro de correlaciones entre todas las variables y sus subdimensión. 199
Anexo G. Gráfico de distribución de las variables..... 202
Anexo H. Coeficiente Durbin Watson para cada relación propuesta. 206
Anexo I. Tabla de regresiones entre las variables propuestas. 210

Indice de tablas

Tabla 1. Correlación total de los elementos del Ways of Coping Scale (WOC) de Lazarus y Folkman (1986) ……... 112

Tabla 2. Correlación total de los elementos del Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28) ……. 114

Tabla 3. Correlación total de los elementos de la subescala de Agotamiento emocional del Maslach Burnout Inventory (MBI-R) ……. 115

Tabla 4. Correlación total de los elementos de la subescala de Despersonalización del Maslach Burnout Inventory (MBI-R) …… 116

Tabla 5. Correlación total de los elementos de la subescala de Sensación de la disminución de eficacia del Maslach Burnout Inventory (MBI-R) …….. 117

Tabla 6. Correlación total de los elementos de la escala total Maslach Burnout Inventory (MBI-R)……118

Tabla 7. Análisis descriptivos de la variable independiente Estrategias de afrontamiento al estrés ……..... 119

Tabla 8. Análisis descriptivos de la variable dependiente Síndrome de Burnout……. 125

Tabla 9. Análisis descriptivos de la variable dependiente Salud Psicológica … 132

Indice de gráficos

Figura 1. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Estrategias de Afrontamiento en los ítems que medían las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema …….. 120

Figura 2. Gráfico de caja y bigote de estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas al problema……. 121

Figura 3. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Estrategias de Afrontamiento en los ítems que medían las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción ……. 122

Figura 4. Gráfico de caja y bigotes de estrategias de afrontamiento dirigida a la emoción……... 123

Figura 5. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en el formulario de cantidad de horas de trabajo o bien jornada laboral ……... 124

Figura 6. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Síndrome de Burnout en los ítems que medían Agotamiento Emocional……..... 126

Figura 7. Gráfico de caja y bigotes de Síndrome de Burnout de la dimensión de Agotamiento Emocional ……. 127

Figura 8. Gráfico de caja y bigotes de Síndrome de Burnout de la dimensión de Despersonalización…… 128

Figura 9. Gráfico de caja y bigotes de Síndrome de Burnout de la dimensión de Despersonalización una vez winzorizado…….. 128

Figura 10. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Síndrome de Burnout en los ítems que medían Despersonalización…… 129

Figura 11. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Síndrome de Burnout en los ítems que medían Sensación de la disminución de eficacia……. 130

Figura 12. Gráfico de caja y bigotes de Síndrome de Burnout de la dimensión de Disminución de la sensación de eficacia …….. 131

Figura 13. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Salud Psicológica en los ítems que miden específicamente ansiedad e insomnio ……... 133

Figura 14. Gráfico de caja y bigotes de Salud psicológica de la dimensión de Ansiedad e Insomnio……. 134

Figura 15. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Salud Psicológica en los ítems que miden específicamente depresión grave…. 135

Figura 16. Gráfico de caja y bigotes de Salud psicológica de la dimensión de Depresión grave……. 136

Figura 17. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Salud Psicológica en los ítems que miden específicamente Disfunción Social…137

Figura 18. Gráfico de caja y bigotes de Salud psicológica de la dimensión de Disfunción Social ……138

Figura 19. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Salud Psicológica en los ítems que miden específicamente de Síntomas

Somáticos……....139

Figura 20. Gráfico de caja y bigotes de Salud psicológica de la dimensión de Síntomas Somáticos…….. 140

Figura 21. Gráfico de caja y bigote de Salud Psicológica…… 141

Figura 22. Gráfico de caja y bigote de Salud Psicológica Winzorizado ……141

Figura 23. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Salud Psicológica …….. 142

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue conocer la relación existente entre Estrategias de afrontamiento al estrés, Jornada laboral, el Síndrome de Burnout, y la Salud psicológica en los trabajadores que laboran con niños y jóvenes con trastornos del neurodesarrollo, en este sentido, se trata de una investigación no experimental, de campo, de carácter relacional y de corte transversal, proponiéndose un diseño ex post facto.

Para la medición de las variables, se emplearon las escalas, Ways of coping Scale de Lazarus y Folkman (1986), el cuestionario de Burnout (MBI-R) y el Cuestionario de Salud general de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28). La muestra estuvo constituida por 140 trabajadores institucionalizados que laboraran con niños y jóvenes de entre 4 y 18 años de edad que estuvieran diagnosticados con algún trastorno del neurodesarrollo y que se encontraran activos para el período 2016-2017.

Para el contraste de las variables se realizó un análisis de regresión múltiple, los resultados revelaron que, las Estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción se relacionaron inversa y significativamente con la subdimensión de Disminución de la sensación de eficacia, en cuanto a la subdimensión de Agotamiento emocional se relacionó directa y significativamente con las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, por su parte, la Despersonalización, no presentó relaciones significativas con ninguno de los estilos de Estrategias de afrontamiento. En cuanto a las Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, esta no mostró relación significativa con ninguna de las subdimensiones del Síndrome, por último, con respecto a la variable Jornada laboral, esta no resultó tener relación significativa con las variables predichas Síndrome de Burnout y Salud psicológica.

Introducción

El objetivo de la presente investigación es conocer la relación existente entre Estrategias de afrontamiento al estrés, el Síndrome de Burnout, la Salud psicológica y Jornada laboral en los trabajadores que laboran con niños y jóvenes con trastornos del neurodesarrollo.

Este tipo de investigaciones relacionadas con el ámbito de la salud, son necesarias, ya que cualquier aporte que pueda obtenerse de ellas ofrece un campo de acción que permite el uso de estrategias de prevención en los diferentes niveles de intervención, en lo que respecta a la salud mental han sido múltiples las investigaciones que han permitido comprender y atender los trastornos o síndromes con origen psicológico ya que estos presentan síntomas poco evidentes en sus inicios, sin embargo, cuando se van agravando en duración e intensidad pueden ocasionar severos daños fisiológicos que pueden llegar a ser irreversibles (Arráiz y Santander, 2000).

Existe abundante evidencia empírica en la que se ha demostrado que estas afecciones pueden estar relacionados con ciertos trabajos u oficios que hacen a las personas más propensas al desarrollo de ciertos trastornos o síndromes psicológicos, entre estas ocupaciones, las de prestación de servicios y las asistenciales referidas a la ayuda o apoyo de terceros son las más vulnerables a desarrollar este tipo de afecciones (D´Aubeterre, 2011).

Los trabajadores institucionalizados de niños con trastorno del desarrollo forman parte de estos grupos de profesionales asistenciales que se dedican a la atención, apoyo y cuidado de niños con problemas severos de tipo mentales o físicos, tal responsabilidad implica un compromiso enorme no solo con el niño sino

también con sus padres, todo esto se traduce en presiones constantes a las cuales se enfrentan estos profesionales durante su jornada de trabajo, estas presiones generan un malestar, que según Cárdenas (2014) puede traer como consecuencia que estos experimenten distintos procesos emocionales, siendo los más agudos aquellos que se relacionan directamente con los síntomas del Burnout.

El Burnout, es entendido como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización, y disminución de la percepción de la eficiencia personal que suele presentarse en profesionales que laboran en ámbitos de servicio y que acarrean efectos negativos en el rendimiento laboral. Este síndrome tiene manifestaciones conductuales, fisiológicas y psicológicas (Maslach, 1982).

Entre las manifestaciones psicológicas se encuentra la afección a la salud general o salud psicológica, entendido como un estado mental de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, pudiendo afrontar las tensiones de la vida, trabajando de forma productiva y siendo capaz de contribuir a su ambiente, desembocando en un estado de completo bienestar físico, mental y social (Organización Mundial de la Salud, 2016).

La razón por la cual el Síndrome de Burnout causa malestar psicológico, es debido a que éste es producto de una serie de presiones y malestares generados en su mayoría en el ámbito laboral (Cárdenas, 2014). Al respecto, Lazarus y Folkman, (1986) plantean que las personas ante una situación de reto o amenaza evalúan las condiciones y elementos del entorno valorando las interacciones entre los mismos a fin de llevar a cabo alguna estrategia o acción cognitiva que disminuya la tensión, es aquí donde el sujeto que está inmerso en dicha situación realiza una evaluación primaria valorando el evento como irrelevante o estresante.

Si la situación es valorada como estresante, el sujeto debe realizar una

valoración secundaria dirigidas a las opciones de manejo o afrontamiento que le permitirán sobrellevar de mejor manera la situación, es entonces cuando se activan las estrategias de afrontamiento al estrés, las cuales son entendidas como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas, como motivación y expectativas; y/o externas, tales como horas de trabajo o carga laboral, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

Estas demandas estresantes externas que forman parte de la naturaleza del ámbito laboral, juegan un papel sumamente importante en la salud de los trabajadores. La jornada laboral, es uno de estos factores que influyen de forma más directa, Landsbergis, (2004) afirma que trabajar horas extras provoca una gran variedad de efectos nocivos sobre la capacidad física y mental de los trabajadores.

Los antecedentes encontrados en la relación de las variables que conforman la presente investigación: estrategias de afrontamiento al estrés, jornada laboral, Salud psicológica y Síndrome de Burnout se centran principalmente en los trabajadores de la salud, así como también en las áreas de prestación de servicios humanos. Estas investigaciones han hecho énfasis en las numerosas consecuencias negativas que los trabajadores reportan. Algunos de los resultados encontrados en la literatura concuerdan con que el Síndrome de Burnout se manifiesta a través de una serie de síntomas psicológicos, fisiológicos y conductuales arrojados por el estrés que ocasionan las situaciones en las que se ven involucrados los sujetos que trabajan en el sector de salud (Maslach 1982). Por su parte, autores como Sapene y Tommasino (2001), estudiaron la relación existente entre las estrategias de afrontamiento al estrés y el síndrome de burnout, y encontraron que existe una relación directa entre las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción y dicho Síndrome, mientras que las

estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas al problema se relacionan de forma inversa, así mismo, reportan que la salud psicológica del cuidador puede afectar al burnout y puede también ser afectada por el mismo.

Por otro lado, Mingote, Moreno, y Gálvez, (2004) plantean que la necesidad de estudiar el Síndrome de Burnout, las Estrategias de afrontamiento al estrés y la Salud psicológica viene unida a los objetivos expresados por las instituciones, entre los que se encuentra, aumentar la permanencia de los trabajadores, y el bienestar de estos, por este motivo, no sólo es básico el diagnóstico de los riesgos psicosociales en el entorno laboral, sino también de los factores que incrementan la sensibilidad ante el riesgo, así como los factores protectores y potenciadores de afrontamientos positivos tales como la competencia emocional, la resistencia personal y otros factores positivos que pueden aumentar los recursos de la persona.

Desde esta perspectiva, las intervenciones preventivas, así como las futuras investigaciones a realizar deberán también aportar información acerca de los trabajadores que laboran en dichas instituciones y no sólo del servicio y de los clientes o pacientes a atender. Esto con el fin de comprender las variables que puedan intervenir en el desarrollo de las competencias y recursos personales del trabajador para afrontar el desgaste profesional, prevenir las afecciones en la salud, y poder brindar u ofrecer un mejor servicio en las instituciones en donde estos laboran.

Es por ello que la elección del tema a investigar nace como una preocupación ante el hecho de que las poblaciones que se benefician de los procesos de evaluación y de investigación en la psicología suelen ser los pacientes que sufren ciertos trastornos del desarrollo, sin embargo, se deja a un lado el sistema en el que estos se encuentran inmersos, tales como los sistemas

sociales que participan en su dinámica y por lo tanto en su evolución, es por esto que en búsqueda de consolidar diversos conocimientos básicos de la psicología en un proceso que pretende la comprensión de la dimensión humana en un sentido más integral, surge el interés de trabajar con las personas que laboran con niños diagnosticados con trastornos del neurodesarrollo quienes son escasamente recordados tanto a nivel de investigación como de las redes de apoyo que se les ofrece.

Para el contraste de las variables de la presente investigación se realizará un análisis de regresión múltiple, con el fin de conocer la relación existente entre la Jornada laboral, las Estrategias de afrontamiento al estrés el Síndrome de Burnout y la Salud psicológica.

Para finalizar, es necesario destacar que la presente investigación se regirá por las consideraciones éticas del Código Deontológico, establecido por la Escuela de Psicología (2002).

En este sentido, se puede garantizar que se solicitará consentimiento informado a las instituciones para poder contar con la participación de los trabajadores que ahí laboran, garantizando el respeto y protección de los mismos.

Así mismo, se les notificará acerca del propósito y los objetivos de la investigación y se les informará que tienen plena libertad de aceptar su participación en la investigación o retirarse de la misma en cualquier momento, garantizando de esta manera la participación voluntaria. Por otra parte, se velará por la confiabilidad de los resultados, ya que se mantendrá reservada la información, de igual forma, la identidad de los participantes será confidencial al tratarse de un estudio en donde la aplicación de las pruebas se hará de forma anónima. Por otro lado, se puede asegurar que no se cometerá plagio, en tanto que se citará a los autores originales y se harán las referencias correspondientes.

Marco Teórico

El objetivo de la presente investigación es conocer la relación existente entre Estrategias de afrontamiento al estrés, el Síndrome de Burnout, la Salud psicológica y Jornada laboral en los trabajadores que laboran con niños y jóvenes con trastornos del neurodesarrollo.

Para determinar dicha relación se pretende medir cada una de las variables y por medio de un método estadístico denominado regresión conocer cómo se comportan en la población de interés, por ello la investigación se enmarca dentro de las denominadas investigaciones cuantitativas, y por ende se ubica principalmente en la división cinco de la Asociación Americana de Psicología (APA) denominada “métodos cuantitativos y cualitativos”.

Por otro lado, debido a que el interés final de la presente investigación, es el contribuir con las instituciones que ofrecen sus servicios a niños con trastornos del neurodesarrollo y que éstas comprendan de qué forma pueden optimizar la labor que ofrecen sus trabajadores mediante el desarrollo de recursos personales que les permitan afrontar el desgaste profesional que conlleva dicha labor, y de esta forma mejorar la calidad de los servicios que ofrecen, es pertinente entonces ubicar el proyecto dentro de la división 33 de la American Psychological Association (APA), la cual estudia o aborda los trastornos intelectuales y del desarrollo, planteándose como misión expandir e intercambiar conocimientos relacionados con las discapacidades del neurodesarrollo, a partir de investigaciones, educación y comunicación profesional, y así mejorar el desarrollo profesional y la calidad de los servicios que brindan apoyo a las personas que sufren de estos trastornos, colaborar con las organizaciones profesionales que se ocupan de los sujetos con discapacidad del desarrollo e informar al público de la

importancia de la psicología, factores sociales y de comportamientos en la vida de las personas diagnosticadas con trastornos del neurodesarrollo y de los que lo rodean (APA, 2009).

Además, la investigación se enmarca también en el área de la psicología clínica, en este sentido, el proyecto se sitúa en la división 12 de la APA denominada sociedad de psicología clínica. A esta división corresponden los trabajos de intervención e investigación de posibles síndromes o trastornos psicológicos; para fines de la presente investigación se pretende medir la incidencia del síndrome de Burnout, con el fin de promover la prevención del mismo y ofrecer un marco de referencia acerca de su procedencia, intervención y posible relación con otras variables, lo que resulta congruente con la misión de la sociedad de psicología clínica, en tanto que esta busca estimular y apoyar la integración de la ciencia y la práctica psicológica en la educación, la investigación, la aplicación , la promoción y la política pública (APA, 2009).

Por último, ya que la muestra empleada serán trabajadores institucionales que laboran con niños diagnosticados con algún trastorno del neurodesarrollo y que la investigación intenta dar respuesta a las demandas expresadas por las instituciones ante la preocupación por el bienestar de los trabajadores, dicho estudio se ubica también dentro de la División 14 de la APA que aboga por el modelo científico profesional en la aplicación de la psicología a todos los tipos de configuración de la organización y el lugar de trabajo, tales como la manufactura, empresas comerciales, sindicatos, instituciones y organismos públicos.

Trastornos del Desarrollo

La psicopatología evolutiva comprende un sistema muy amplio que sirve para establecer un vínculo entre el desarrollo normal y anormal. El desarrollo es entendido como el cambio que se produce a lo largo del ciclo vital. Dicho cambio puede ser tanto cuantitativo en la cantidad de elementos que van evolucionando, como cualitativo en sus características, de este modo, tanto las formas de relación como las características propias de la conducta del niño pueden acrecentarse. La perspectiva evolucionista plantea que hay un curso básico general y común en las primeras etapas del desarrollo en relación a los sistemas físicos, cognitivos y socioemocionales. Sin embargo, dentro de cada sistema las estructuras y funciones generales van diferenciándose cada vez más para luego integrarse (Wicks-Nelson e Israel, 1997).

Según Wicks-Nelson e Israel (1997) la evolución del niño avanza de acuerdo a un esquema coherente, el funcionamiento en un momento dado estará vinculado al pasado tanto como al futuro, es decir, el desarrollo previo estará ligado a un desarrollo posterior que será lógico y sistemático. A lo largo del ciclo vital, los cambios pueden adoptar formas diversas, no obstante, el cambio puede que no sea siempre positivo.

Por ello, entre las cuestiones fundamentales de la psicopatología del desarrollo, figuran temas básicos sobre cómo evoluciona el individuo, y cómo puede producirse el trastorno de un desarrollo normal, debido a esto, dicha área enfatiza la comprensión de los mecanismos de continuidad y cambio de los individuos, y la epidemiología del desarrollo procura la aplicación de esta aproximación para comprender los patrones de riesgo y desórdenes observados en las distintas comunidades (Angold y Costello, citado en Arraíz y Santander, 2000).

En la edad media los trastornos o patologías presentadas por los niños se consideraban que eran producidas gracias a desbalances orgánicos, por ello aquellos niños que presentaban discapacidades físicas o mentales, malformaciones u otros trastornos eran maltratados o despreciados. Posteriormente en el siglo XVIII, no existía ningún tipo de referencia en torno a los trastornos emocionales en niños; a inicios del siglo XIX estos eran presentados en términos de problemas conductuales, por lo que los niños eran considerados inherentemente malvados. Más tarde en la época de la inquisición española, este tipo de alteraciones eran atribuidas a posesiones satánicas y espíritus malignos (Mash y Barkley, 2014).

A partir de lo anterior, se evidencia que antes del siglo XX existía una gran ausencia de conocimientos sustanciales, formales y científicos acerca de los trastornos del desarrollo infantil, sin embargo, el creciente interés por comprender dichos fenómenos, permitió el avance en la medicina general, fisiología y neurología, de igual forma, las influencias filosóficas de Locke y Rousseau condujeron a la visión de que el niño requiere de apoyo y guías morales, es entonces cuando se instaura el modelo médico clínico siendo este el más relevante para la fecha (Mash y Barkley, 2014).

Desde la perspectiva del modelo médico las alteraciones psicopatológicas ocurren por anormalidades biológicas subyacentes, siendo las alteraciones anatómicas (tamaño, o formación de ciertas regiones del cerebro) o bioquímicas (por exceso o defecto) del cerebro la causa principal de los trastornos mentales. En los años 50 dicho modelo se vio reforzado gracias a descubrimientos de neurotransmisores y fármacos psicoactivos, asentando las bases para considerar hipótesis que plantean el desequilibrio del sistema nervioso como causa de las enfermedades mentales, entendiéndose éste como la estructura totalizante en la que adquiere sentido los fenómenos particulares, permitiendo comprender los

factores etiológicos, pronóstico y tratamiento de la misma; en base a esto, la intervención más efectiva para dicho modelo es el consumo de psicofármacos, con los cuales se busca regular el funcionamiento del sistema nervioso (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

A finales de los años 70, surge el concepto del Trastorno del Desarrollo que busca sustituir el modelo médico clínico imperante hasta ese momento. Este cambio de modelo tiene su origen en el informe de Warnock que marca las bases de un nuevo paradigma educativo que parte de que todas las personas pueden aprender y adaptarse y que es necesario crear y desarrollar programas específicos de tipo educativo que permitan atender a sus necesidades especiales. A pesar de que este informe asume enfoques educativos claros, no tomó en cuenta el tipo de trastornos que padecía el sujeto, es decir, las personas al igual que tienen necesidades diferentes que son necesarias atender, también presentan diversos trastornos y conocerlos ayudará a precisar la forma en que han de ser cubiertas dichas necesidades (Arias-Gundin, 2009; Fiuza y Fernández, 2014).

A partir de este momento, el trastorno del desarrollo se consideró como una alteración, disfunción o dificultad del funcionamiento intelectual general y de la conducta adaptativa de una persona, que conlleva la necesidad de elementos de apoyo y recursos en el contexto donde se desenvuelven (García - Sánchez, 2003).

Este tipo de trastornos o alteraciones incluyen una tipología variada de problemas que tienen su origen en la infancia, la niñez, o la adolescencia, e inclusive en la etapa prenatal. Estas influencias tempranas llevan consigo factores protectores y de riesgo que pueden afectar positiva o negativamente al desarrollo infantil (Mash y Barkley, 2014).

Los factores de riesgo son definidos por Garmezy (1983) (citado en Morrison y Cosden, 1997) como aquellos factores que al estar presentes

incrementan la probabilidad de desarrollo de algún trastorno emocional o conductual. Estos pueden ser atributos biológicos, genéticos, factores familiares o contextuales que influyen en el desarrollo. Se han realizado investigaciones que intentan buscar relación entre factores de riesgo y los trastornos en el desarrollo, tal es el caso del estudio realizado por Resnick, et al. (1998) quienes encontraron que factores perinatales como bajo peso al nacer (entre 759 y 999 gramos) y condiciones médicas; así como factores demográficos como sexo masculino, nivel bajo de instrucción del cuidador e ingresos económicos bajos en las familias, influyen en la predisposición a desarrollar trastornos del desarrollo.

Posteriormente, Grant, et al. (2006) realizaron una revisión teórica y empírica con el fin de concretar factores de riesgo que se relacionan con el desarrollo de trastornos en los niños, dichos autores encontraron que los factores estresores, tales como condiciones crónicas de vida o eventos vitales adversos durante el crecimiento, son factores de riesgo que se relacionan, en general, con una alta probabilidad a presentar trastornos del desarrollo, estos estresores involucran variables como las características propias del niño (género, edad y raza) y el contexto ambiental en el que éste se encuentra inmerso, las cuales influencian en dicha relación. A su vez, las variables que se refieren a los procesos biológicos, psicológicos y sociales, explican la relación entre los estímulos estresantes y el desarrollo de trastornos. Dichos autores, realizaron un meta análisis, buscando especificar cuáles de todas las variables a considerar, son las que predisponen con mayor probabilidad al desarrollo de trastornos durante el crecimiento; los resultados arrojaron que en general, los contextos de pobreza, aunado con prácticas parentales negativas, son factores de riesgo predisponentes al desarrollo de psicopatologías, encontrándose mayor fuerza de esta relación en hombres que en mujeres.

Rutter (1985), expone que, así como los factores de riesgo son relevantes

en el desarrollo, existen factores protectores que disminuyen la incidencia de algún tipo de trastorno durante el crecimiento, estos factores son entendidos por dicho autor, como aquellos que alteran la respuesta de las personas, de una forma positiva, ante los eventos ambientales que puedan predisponer a resultados desadaptativos. Este mismo autor, expone que dentro de los factores protectores relacionados con el niño se encuentran, temperamento positivo, una inteligencia por encima del promedio y competencia social; a su vez, es necesario factores familiares positivos tales como, padres que brindan apoyo, cercanía familiar y normas claramente establecidas en el sistema familiar.

Así mismo, Tiet et al (1998) realizó una investigación, en la que buscaba la relación de factores familiares, personales y contextuales que favorecieran la resiliencia, considerándose por lo tanto, factores protectores ante situaciones adversas; los resultados de la investigación evidenciaron que un alto C.I, buen funcionamiento familiar, monitoreo parental, presencia de adultos en el hogar y elevadas aspiraciones académicas, son factores que contrarrestan los efectos negativos que puedan generar los eventos y circunstancias adversas.

Las investigaciones mencionadas anteriormente, colocan su énfasis en factores protectores y de riesgo como las posibles causas de las desviaciones en el desarrollo infantil, sin embargo, autores como Fiuza y Fernández (2014) plantean que, en general los trastornos del desarrollo tienen un origen causal de tipo biológico, lo que implica que se trata de problemas serios que no dependen básicamente de los padres o del entorno cuya naturaleza o núcleo variaría según el tipo de trastorno. Estos autores se guían por la línea explicativa expuesta por Frith (1995) quien propone un modelo explicativo centrado en tres niveles:

1. El primer nivel se trata del nivel biológico, en el que se incluye la genética, la neurología, y la disfunción cerebral.

2. El segundo nivel corresponde al área cognitivo-emocional, que implica diversos problemas tales como aspectos mentales, habilidades cognitivas y afectividad en general.
3. El tercer nivel involucra el área conductual, que corresponde a todas las variables observables tales como la respuesta escolar, situacional, y adaptación a diversas situaciones.

Los niveles dos y tres son de tipo psicológico, los tres niveles interaccionan entre sí y con el entorno, de tal modo que la problemática existente en los niveles psicológicos puede suavizar o agravarse en función de las interacciones establecidas.

Este modelo permite entonces explicar de forma sencilla los diversos trastornos que se engloban en lo que se denomina trastornos del neurodesarrollo, entre ellos se encuentran contemplados en el DSM-V, las Discapacidades intelectuales (discapacidad intelectual, retraso global en el desarrollo y discapacidad intelectual no especificada), Trastornos del espectro autista, los Trastornos de la comunicación (trastorno del lenguaje, trastorno del habla, trastorno de la fluencia de inicio de la infancia, trastorno de la comunicación pragmática y trastorno de la comunicación no especificado), Trastorno específico del aprendizaje, Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (otros trastornos específicos por déficit de atención e hiperactividad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad no especificado), Trastornos motores (trastorno del desarrollo de la coordinación, trastorno de movimientos estereotipados y trastornos de tics) y Otros Trastornos del neurodesarrollo (otro trastorno específico del neurodesarrollo y Trastorno del neurodesarrollo no especificado). Para efectos de la presente investigación, se tomarán en cuenta los trastornos del neurodesarrollo que se presentan más comúnmente en las instituciones en las

cuales labora la muestra de interés, estos trastornos son:

Discapacidad Intelectual

Según la American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2013), se considera que la discapacidad intelectual hace referencia a las limitaciones sustanciales que existen en la práctica diaria y habitual. Se manifiesta antes de los dieciocho años y se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media y asociado a limitaciones en dos o más áreas de habilidades adaptativas (comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo).

Actualmente, es definido por el DSM-V como un trastorno que comienza durante el período de desarrollo, el cual incluye limitaciones del funcionamiento intelectual, así como del comportamiento adaptativo en diferentes contextos tanto social como práctico. Dicho trastorno se caracteriza por deficiencias en las funciones intelectuales, como por ejemplo razonamiento, resolución de problemas, juicio y aprendizaje; además de presentar deficiencia del comportamiento adaptativo, los cuales no cumplen por completo el estereotipo esperado en el proceso sociocultural para desarrollar la autonomía y la responsabilidad (American Psychiatric Association, 2014).

Trastorno del Espectro Autista

El Trastorno del Espectro Autista, sigue conservando la definición que le otorgó Kanner en 1943, la cual estaba basada en tres núcleos de alteraciones: trastorno cualitativo de la relación, alteraciones de la comunicación y del lenguaje y por último, falta de flexibilidad mental y de comportamiento. Sin embargo, la definición de este trastorno ha ido evolucionando siendo considerado como un

continuo más que como una categoría diagnóstica bien definida, esto debido a que el concepto de espectro refleja claramente que bajo la etiqueta de autismo converge un conjunto muy heterogéneo de personas, cuyos niveles evolutivos, necesidades educativas, terapéuticas, y perspectiva de vida son muy diversas (Arias-Gundín, 2009).

Actualmente el DSM-V, expone que este trastorno suele manifestarse en las primeras fases del desarrollo y se caracteriza por presentar deficiencias persistentes en la comunicación social en diversos contextos, manifestando dificultad en la reciprocidad socioemocional, en las conductas comunicativas no verbales, además de deficiencia en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones. Asimismo, dicho trastorno presenta patrones restrictivos y repetitivos de comportamientos, intereses o actividades (American Psychiatric Association, 2014).

Déficits Físicos

Entre la heterogeneidad de casos a los que se asocia los déficits físicos, el más frecuente es el relacionado de forma directa con las discapacidades motrices, las cuales pueden estar causadas o bien por una enfermedad o condición particular, o bien por un carácter mixto (Arias-Gundín, 2009).

La discapacidad motriz, constituye una alteración del aparato motor causada por un funcionamiento deficiente del sistema nervioso central, del sistema muscular, del sistema óseo o de una interrelación de los tres sistemas que dificultan o imposibilitan la movilidad funcional de una o más partes del cuerpo (Arias-Gundin, 2009).

En el DSM-V se reflejan diferentes trastornos motores, entre los que se encuentran: Trastornos del desarrollo de la coordinación, donde la adquisición y

ejecución de habilidades motoras coordinadas está muy por debajo de lo esperado para la edad cronológica de la persona, interfiriendo en las actividades cotidianas de forma significativa. Otro de los trastornos reflejados, es el Trastornos de movimientos estereotipados, caracterizado por un comportamiento motor repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo interfiriendo esto en las actividades sociales y académicas. Finalmente, dentro de los trastornos motores se encuentran los Trastornos de tics, los cuales se reflejan por medio de vocalización o movimiento súbito, rápido, recurrente y no rítmico, entre estos se encuentran el Trastorno de Tourette, Trastornos de tic motores o vocales persistentes y Trastornos de tics transitorios (American Psychiatric Association, 2014).

Déficit de Atención e Hiperactividad

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad es definido por el DSM-V como un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, dicho trastorno se caracteriza por presentar inatención, donde el niño con frecuencia falla en prestar atención en detalles, tiene dificultad en mantener la atención y seguir instrucciones, poca organización en tareas y actividades, evitación de tareas que requieren un esfuerzo mantenido, entre otros síntomas. A su vez, la inatención es acompañada por la hiperactividad e impulsividad, manifestándose en el niño con conductas de jugueteo o golpes constantes con pies o manos, habla excesiva, suele responder de forma inesperada sin esperar su turno, corretea constantemente en diferentes contextos, entre otros síntomas (American Psychiatric Association, 2014).

Arias-Gundín (2009), expone que los factores que determinan y modulan las manifestaciones del Déficit de atención e hiperactividad, son el nivel de inteligencia, el género y la presencia de problemas, de comportamientos asociados a la hiperactividad.

Trastorno de Aprendizaje.

El trastorno o dificultad de aprendizaje es entendido como una alteración neurológica o del sistema nervioso central, en la que el estímulo adecuado no provoca los cambios descritos y característicos en el plano estructural y funcional. Las dificultades de aprendizaje se clasifican en primarias y secundarias; las primarias son aquellas que se relacionan con el desarrollo de las funciones psicológicas superiores, las cuales son más complejas, se localizan en la corteza cerebral, son aprendidas y conscientes y se automatizan secundariamente; mientras que las dificultades secundarias son aquellas en las que un factor conocido, es el causante de la dificultad para aprender (Rebollo y Rodríguez, 2006).

Por su parte, en el DSM-V este problema del neurodesarrollo es contemplado como Trastorno de Aprendizaje, el cual es caracterizado por una dificultad en el aprendizaje y en la utilización de las aptitudes académicas que se evidencian por múltiples síntomas, como por ejemplo dificultad en el aprendizaje de la lectura, dificultad en la escritura, o dificultad tanto en la lectura como en la escritura, también es posible la dificultad en la comprensión del sentido numérico y razonamiento matemático o ambos inclusive; si estas dificultades han persistido por lo menos durante seis meses, a pesar de haberse intervenido específicamente en la dificultad expresada, las aptitudes académicas están significativamente por debajo de lo esperado para su edad, interfiriendo significativamente en el rendimiento académico, y esto se comienza a manifestar cuando las demandas del ambiente superan la capacidad limitada del individuo, entonces existe un trastorno de aprendizaje (American Psychiatric Association, 2014).

Todas estas perturbaciones anteriormente expuestas forman parte de los denominados trastornos del desarrollo, estos se caracterizan por ser déficits con

base neurológica que pueden afectar la adquisición, retención o aplicación de habilidades específicas que se originan en la infancia, la niñez, o la adolescencia, e inclusive en la etapa prenatal. Sin embargo, entre ellos difieren en cuanto a las alteraciones manifiestas, en este sentido, es posible que se afecte la atención, la memoria, el aprendizaje, la percepción, el lenguaje, la resolución de problemas o la interacción social, y cada una de estas afecciones van a repercutir de forma diferente en los familiares del niño que padece del trastorno o en los que ejercen el papel de cuidadores, en los trabajadores que los atienden, en sus redes de apoyo, en la facilidad de inserción en el sistema escolar, en la capacidad para la adquisición de nuevas habilidades entre otras variables (Organización Mundial de la Salud 2016).

Estos trastornos pueden ser leves y fácilmente abordables con intervenciones educativas, o más graves, de modo que los niños afectados requieran un apoyo educativo particular o especial tal y como es el caso de los niños que asisten a las instituciones donde laboran los trabajadores que forman parte de la muestra de la presente investigación.

Estas instituciones se encargan de atender y brindarle educación a los niños con necesidades especiales, entendiendo como necesidades especiales aquellas que tiene el alumnado derivadas de su discapacidad, trastorno, sobre dotación, desventaja sociocultural o dificultad específica de aprendizaje, valorándose dentro de una acción educativa que precisa de recursos con carácter extraordinario, a los que los centros aportan habitualmente, ante las dificultades en el proceso de enseñanza-aprendizaje de algunos de sus alumnos o alumnas. Sin embargo, las necesidades especiales no son una definición, sino una conceptualización operativa que busca la adecuación del sistema educativo al niño que las tiene y dejarán de ser especiales para ser simplemente necesidades como las del resto del alumnado, en la medida que los recursos del centro sean óptimos,

sus trabajadores, profesorado y equipo docente mantengan la implicación tutorial apropiada y se considere al niño como núcleo fundamental de la enseñanza y al que se adecúa el currículo. En suma, este alumnado tiene necesidades educativas que son especiales, no por su trastorno o distintividad sino por la necesidad de atención a sus dificultades y a los recursos que por ello precisan (Luque, s.f.).

Esta demanda o necesidad de atención que se le brinda a los niños con trastornos del desarrollo es atendida por instituciones que se organizan con el fin de ofrecer un lugar especializado y dotado de recursos humanos, materiales y contextuales, que le faciliten el aprendizaje al niño cuyas necesidades son diferentes a las que cubre un colegio regular, por ello se denomina educación especial (Mitjáns, 2009).

Pérez (s.f.) plantea que la educación especial ha evolucionado atendiendo a dos variables principales. La primera se basa en, las actitudes sociales relativas a las personas con discapacidades, trastornos y dificultades de aprendizaje y/o comportamiento: creencias, ideas, etc. Por otra parte, a los avances científicos y las perspectivas de la sociedad en cada momento concreto. Así mismo, según este mismo autor, la confluencia de estas circunstancias nos permite diferenciar tres grandes etapas o períodos en la historia de la educación especial:

Un primer periodo en el que destacan, por encima de cualquier otra característica, la ignorancia, el desconocimiento y el desinterés absoluto hacia las personas con discapacidad. Se trata de una larga época, en la que los médicos y los clérigos dominaban la situación, movidos por finalidades curativas, pero con mínimas intenciones educativas o formativas de aceptación.

Un segundo periodo, en el que el déficit se convierte en el concepto clave, y en el que el modelo asistencial cubre todas las expectativas de la naciente educación especial, en la que comienza a percibirse alguna preocupación por la

formación de las personas con discapacidad. Este modelo ve a la persona con discapacidad como un ser completamente dependiente al que hay que cuidar, por lo que se centra principalmente en sus dificultades.

El tercer momento está presidido por el Principio de Normalización, sus consecuencias y derivaciones. La aparición de esta nueva ideología marca un hito fundamental para entender el concepto actual de la educación especial. Supone un antes y un después. Por tanto, el concepto de educación especial y el concepto del sujeto con déficit han sufrido un gran cambio a través del paso del tiempo. La actitud social que se ha mantenido frente a los sujetos con déficit también ha ido pasando por sucesivas etapas.

El mismo término de educación especial ha sido, durante muchísimos años, sinónimo de segregación. Hasta hace poco tiempo se ha considerado a las personas con déficit como ineducables, quedando recluidas en centros asistenciales sin otra finalidad que la de estar recluidos. Con el tiempo estos centros fueron sustituidos por escuelas de educación especial. En las últimas décadas se producen una serie de acontecimientos, que transforman totalmente el concepto de educación especial, y se comienza a hablar de “integración educativa”. Por tanto, se puede decir que la educación especial ha pasado de la marginación a una situación de normalización y posteriormente a la inclusión (Muntaner, 2010).

Esta evolución que ha sufrido la educación especial se ha visto influenciada principalmente por la actitud social dominante hacia la persona con discapacidad, Montobbio (1995) plantea tres modelos al respecto:

El primer modelo se denominó, modelo tradicional: En este modelo predomina la noción de patología, en este sentido, el trastorno no se ve como una condición especial sino como una enfermedad, por ello se espera la curación o

sanación de la enfermedad lo que implica entonces una plena y total dependencia del médico especialista. En relación a la posición social del sujeto con discapacidad, este está completamente marginado, no se piensa en la posible normalización y mucho menos en la inclusión.

El segundo modelo propuesto se denominó modelo rehabilitador: a diferencia del modelo tradicional, este modelo no se centra en la patología sino en las dificultades y deficiencias que trae consigo la discapacidad, por ello, esta perspectiva se basa en los servicios, donde la persona con discapacidad es tomada como un elemento pasivo, prácticamente sin identidad. Esta concepción establece una relación asimétrica entre la persona y su entorno, pues se potencia una cultura basada en la discapacidad donde prevalece la pertenencia a un determinado grupo con déficits comunes, más que a las características y demandas particulares de cada uno. Esta relación asimétrica se manifiesta en todos los ámbitos de la vida de las personas con discapacidad y provoca un conglomerado de actitudes y falsas creencias que van desde la superprotección hasta la negación total de capacidades y de oportunidades. El resultado es que no se ofrece ninguna posibilidad a la persona con discapacidad de desarrollar y aplicar sus potencialidades y aprendizajes, de construir su propia identidad, de interacción social, de acumular experiencias y de mejorar su autoestima y socialización.

La tercera perspectiva, es el modelo personal, aquí, se traslada el foco de atención y el núcleo de la intervención, por lo que, en lugar de centrarse en la incapacidad del individuo, este modelo propone una evaluación del entorno de la persona e intenta presentar soluciones prácticas a las dificultades que se derivan de la interacción de la persona con su entorno. Este planteamiento nos sitúa ante la necesidad de ofrecer a la persona con discapacidad una educación adaptada a sus necesidades con el objetivo de alcanzar su condición de adulto.

En conclusión, en la actualidad, estamos bajo una perspectiva que permite no sólo ver a la persona diagnosticada con algún tipo de trastorno como un ser social, sino que, además, se han desarrollado métodos para la comunicación efectiva y la asertividad de la intervención, además, la educación se enfoca más que en sus dificultades en sus capacidades y habilidades, potenciándolas y ayudándolos a ser cada vez más autónomos e independientes (Castejón et al., 2011).

Jornada Laboral

La Jornada laboral, es definida en el Artículo 167 por la Ley Orgánica del Trabajo los Trabajadores y Trabajadoras de Venezuela (LOTTT) (2016) como el tiempo durante el cual el trabajador o trabajadora está a disposición para cumplir con las responsabilidades y tareas a su cargo, en el proceso social de trabajo. En relación a esto, es importante saber los límites de las jornadas laborales; en el Artículo 173 de la Ley anteriormente mencionada expone que la jornada de trabajo no excederá de cinco días a la semana y el trabajador tendrá derecho a dos días de descanso continuos y remunerados durante cada semana de labor.

En base a la LOTTT las jornadas laborales deberían proceder bajo ciertos límites, entre ellos se menciona que la jornada diurna no podrá exceder de ocho horas diarias, ni de cuarenta horas semanales y debe estar comprendida entre las 5:00am y las 7:00pm. Por su parte, la jornada nocturna debe estar comprendida entre las 7:00pm a las 5:00am, y no deberá exceder de siete horas diarias ni de 35 horas semanales. Por último, cuando la jornada está comprendida por turnos diurnos y nocturnos, se considera como jornada mixta, la cual no debe exceder de treinta y siete horas y medias semanales ni las siete horas y medias diarias.

El trabajo en exceso o sobrecarga de trabajo, también llamado, trabajo expandido, puede ser entendido como la situación en que el trabajador aumenta

por voluntad propia o por determinación del empleador la carga horaria, trabajando horas más allá de lo habitual. Significa la expansión de la carga horaria de trabajo, lo que puede ocurrir, por ejemplo, en las jornadas laborales dobles o triples realizadas principalmente en el ámbito de la salud, este exceso de carga horaria puede implicar sacrificios de horarios de alimentación, ocio, descanso, sueño y de contacto con familiares y amigos (Do Carmo, et al. 2010).

Trabajar horas extraordinarias provoca una gran variedad de efectos nocivos sobre la capacidad física y mental, incluyendo la ocurrencia de accidentes de trabajo y otros agravios. El trabajo realizado de modo excesivo fue característico en el inicio de la Revolución Industrial, cuando la carga horaria de trabajo semanal variaba de 60 a 80 horas. Sin embargo, en la actualidad, factores como el proceso de globalización, la competitividad aumentada, la búsqueda de mejores condiciones de vida y de acumulación de bienes, igualmente llevan a los individuos a trabajar de modo excesivo (Landsbergis, 2004).

Específicamente en el área de la salud, es un hecho que los trabajadores presentan quejas de agravios a la salud física y mental, aparentemente relacionados al trabajo y a la presencia de múltiples factores de riesgos ocupacionales existentes en dicho ámbito laboral. Basado en la literatura sobre el tema, los problemas mencionados evidencian la presencia de cansancio físico y mental, pérdida de sueño y de apetito, necesidad de utilizar ansiolíticos y/u otras drogas, adelgazamientos y/o aumento de peso corporal, episodios de llanto, sensación de tristeza, cefaleas, dolores articulares y otros, aparentemente advenidos del trabajo o su exceso (Martins y Do Carmo, 2009).

Para fines de la presente investigación, las horas de trabajo o bien la jornada laboral ha sido medida en personal que labora en el ámbito de servicio, específicamente en el de la salud mental, ya que se trata de trabajadores que

laboran directamente con niños diagnosticados con trastorno del neurodesarrollo, al respecto, Leiter (1991) plantea que el tipo de trabajo en el área de servicio se caracteriza por carecer en algunas ocasiones de horario fijos, contar con número de horas muy altos, tener un salario muy escaso y un contexto social muy exigente habitualmente tenso y comprometido; todos estos factores hacen que las personas que laboran en esta área sean más sensibles al estrés, cansancio y pérdida de energía.

En este sentido, el trabajo en los sectores de servicio, específicamente el orientado en el ámbito de la salud, se caracteriza por ser agotador ya que éste implica una tensión emocional, atención y responsabilidad por parte del trabajador de dicho ámbito, además estos profesionales suelen enfrentarse a una exposición constante al dolor, sufrimiento incluso pérdida de la persona a quien se le brinda el servicio (De Franca, Ferrari, Ferrari y Alves, 2012).

En base a una revisión teórica realizada por Carlín y Garcés (2010) se expone que el Burnout sería consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Los eventos relacionados suelen ser fundamentalmente de tipo laboral, donde la interacción que el trabajador mantiene con los diferentes condicionantes que se encuentra en su día a día laboral y las largas jornadas de trabajo, son la clave para la incidencia del síndrome. Aunado a esto, se debe tomar en cuenta que es necesaria la interacción humana trabajador-cliente, intensa y duradera para que el síndrome aparezca.

La afirmación anterior confirma entonces lo relevante que resulta la variable jornada laboral en el desarrollo del Síndrome de Burnout, y por lo tanto en la presente investigación. Tomando en cuenta la información anteriormente mencionada, se puede apreciar que en el ámbito organizacional existen elementos que inciden directamente en el trabajo diario de las personas que laboran con

niños con trastorno del neurodesarrollo. Murofuse, Abranches y Napoleao (2005), indican que la posible indefinición clara en el rol del profesional, el recargo de trabajo posiblemente por falta de personal, la falta de autonomía y autoridad en las decisiones a tomar, así como la cantidad de horas de trabajo, conllevan a un estado de estrés crónico que pueden aumentar las probabilidades de la incidencia del Síndrome de Burnout.

Más tarde, Maslach y Leiter (2008) exponen que las características del trabajo tales como alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, experiencias injustas, cantidad de horas de trabajo y falta de participación y apoyo social, también son factores que se relacionan con la incidencia del Burnout.

En relación a lo anteriormente mencionado, una de las investigaciones que ha tomado en cuenta las variables laborales asociadas al trabajo en el área de salud, fue el estudio realizado por Sánchez, et al. (2001), quienes pretendían medir el nivel de Burnout, con sus factores asociados, entre los profesionales de un servicio de emergencia prehospitalario, dichos autores utilizaron una muestra de 73 profesionales con actividad asistencial en SAMUR-Protección Civil de Madrid. Se recogieron los datos sociodemográficos de la muestra y sus impresiones personales sobre malestar profesional, además, administraron el instrumento Maslach Burnout Inventory, el cual evalúa cada dimensión del Burnout, siendo estas, cansancio emocional, despersonalización y realización profesional. Dentro de los resultados obtenidos, se encontró que la variable horas de trabajo es uno de los factores que se asocia al Burnout, en tanto que, los profesionales con turnos de 17 horas en el turno tarde noche, fueron los que puntuaron más alto en la escala de Burnout (X: 42,9 ; S:11,4), frente a los turnos de 17 horas en el turno de noche mañana (X:36,4 ; S:5,6); 17 horas mañana tarde (X:37,4 ; S:8,4) y 8 horas en la mañana (X:36,4 ; S: 5,4).

Por su parte, Barría (2002) en una investigación cuyo objetivo era describir y establecer si existe relación entre las características sociodemográficas y laborales con el Síndrome de Burnout en una muestra de 65 asistentes sociales, a quienes se les administró el Maslach Burnout Inventory para evaluar la presencia del Síndrome de Burnout, y un formulario de datos relevantes en cuanto a las características sociodemográficas y laborales tales como edad, cantidad de hijos y horas de trabajo. Los resultados obtenidos revelaron que existe relación entre horas de atención al cliente y presencia del Síndrome de Burnout (X2=21,78; gl=4,3; p .05), sugiriendo que la extensa jornada de trabajo aumenta la probabilidad de la incidencia de dicho síndrome.

De Franca, Ferrari, Ferrari y Alves (2012) apoyan los resultados del estudio anterior por medio de un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal que tenía como objetivo identificar la incidencia del Síndrome de Burnout y evaluar su relación con los aspectos laborales en el personal de enfermería de dos hospitales de medio portea de Cáceres. La muestra de dicho estudio fue de 141 profesionales a quienes se les aplicó un cuestionario elaborado para el delineamiento de los aspectos sociodemográficos y de tipo laboral de los profesionales, además se aplicó el Maslach Burnout Inventory para medir la incidencia del Síndrome de Burnout. Dentro de los resultados obtenidos, es resaltante la influencia que tienen las horas de trabajo en la incidencia de este Síndrome, donde se encontró que los profesionales que trabajan con una carga horaria de 30 horas semanales tienen mayor probabilidad que los que trabajan menos de esa cantidad de horas de presentar el síndrome de Burnout, por ello, el 22,2% de los trabajadores con dicha carga horaria padecen de dicho Síndrome.

Dentro de este orden de ideas, Rodríguez, Cruz y Merino (2008) realizaron una investigación cuantitativa, descriptiva y correlacional que tenía como objetivo determinar la presencia de estrés laboral o Burnout y su probable relación con

factores sociales y laborales en los profesionales de enfermería que trabajan en los principales Centros Asistenciales de la Octava Región, la muestra estuvo conformada por 91 trabajadores a los cuales se les administró un cuestionario donde se recogió todos los datos laborales y sociales, además se les aplicó el Maslach Burnout Inventory con el cual se midió la variable de Burnout. Dentro de los resultados obtenidos, cabe destacar que se encontró influencia del tipo de turno laboral con el Síndrome de Burnout (p=0,54 ; f=0,621), donde los profesionales que tienen el turno diurno presentaron menor incidencia del Síndrome (burnout=58,33pts) frente a los profesionales que tienen el cuarto turno (burnout=63,04pts), este último consiste en 12 horas continuadas de trabajo diurno y al día siguiente 12 horas de trabajo de noche, esto lleva consigo jornadas de trabajo de más de 8 horas diarias, con turnos rotatorios y por ende alteración en el biorritmo de los trabajadores, constituyendo esto factores de riesgo en la aparición del Síndrome de Burnout.

De igual forma, Deschamps, Olivares, De la Rosa y Asunsolo (2011) realizaron un estudio donde analizaron la evidencia científica existente en relación a la influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. El análisis de 40 artículos científicos, demostró que parece existir una relación entre la rotación de turnos de trabajo y las guardias nocturnas con la aparición del Síndrome de Burnout.

En contraste con las investigaciones anteriores, Quiroz y Saco (1999) realizaron un estudio analítico-correlacional de corte transversal, donde buscaban identificar la existencia del Síndrome de Burnout y los factores sociodemográficos y laborales asociados a dicho Síndrome en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. Los resultados de la investigación revelaron, con un valor crítico de X^2= 3,84 que no existe asociación estadísticamente significativa entre número de horas de trabajo y el Síndrome de

Burnout, donde horas hospitalarias mayor a 39h obtuvo baja significancia (X^2=3,47 ; p= >0.05); de igual forma, horas de atención directa al día no se asoció con la incidencia del Síndrome (X^2: 0,07 ; p= >0.05) y finalmente horas de esparcimiento semanales obtuvo baja significación estadística (X^2=3,35; p=>0.05).

Este resultado es congruente con lo encontrado en el estudio de tipo observacional transversal realizado por Pera y Serra-Prat (2002), el cual pretendía conocer la prevalencia del síndrome del quemado, así como las características personales y laborales asociados a dicho síndrome entre los trabajadores de un hospital comarcal. Para ello utilizaron una muestra de 300 trabajadores a quienes se les administró el Maslach Burnout Inventory para medir el Burnout y se recogieron datos personales y laborales de los mismos. Los resultados de dicha investigación demostraron que las variables como años de convivencia con pareja, años de profesión y horas de trabajo no se relacionan significativamente con el Síndrome de Burnout, siendo que las variables que más se vinculan con porcentajes de Burnout alto son: Sexo donde los varones correlacionan más con la incidencia del síndrome (en cansancio emocional: 21,5% p<0,01 y despersonalización: 20,8% p<0,01); Edad (p=0,01) siendo los de mayor edad los que tuvieron índices superiores de Burnout y por último el Tipo de contrato, aunque no tiene influencia estadísticamente significativa ya que no se llega a obtener p=0,05, se observó que si el contrato es fijo aumenta la probabilidad de presentar síntomas del Síndrome de Burnout.

De igual forma, la investigación de tipo transversal descriptiva realizada por Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero (2001) tenía como objetivo determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout entre trabajadores sanitarios, así como su distribución según diferentes variables sociodemográficas y laborales. El estudio fue realizado a 157 trabajadores del personal sanitario del área 6 de Madrid, a los cuales se les aplicó un cuestionario de variables sociodemográficas elaborada por

los autores y el cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Los resultados del estudio demostraron que, no existe diferencias significativas en las puntuaciones de las dimensiones del síndrome con respecto al lugar de trabajo, el tipo de turno, ni la realización de guardias, sin embargo, a pesar de que no se encontraron relación significativa entre el Burnout y las variables sociodemográficas, los autores detectaron una mayor vulnerabilidad en el hombre respecto a la mujer en cuanto al posible desarrollo del Síndrome de Burnout.

Por otro lado, como se sabe, el trabajo forma parte de la actividad humana diaria y no podemos dejarlo de lado, por ello, bien aprovechado, permite la adquisición de recursos económicos y facilita el desarrollo social. La contraparte radica en el sentido que los factores psicosociales son inherentes al hecho de trabajar y pueden convertirse en peligrosos para la salud siempre y cuando éstos no sean conceptualizados, identificados, medidos y controlados. Por tanto, al presentarse una combinación en determinadas condiciones de intensidad y tiempo de exposición, afectan la salud de los trabajadores a nivel emocional, cognoscitivo, conductual, psicológico y fisiológico (Arenas y Andrade 2013).

Los factores psicosociales pueden ser agrupados en cuatro categorías: aquellos relativos a la tarea como la adecuación entre el trabajo y la persona; las relaciones interpersonales; los aspectos organizativos y el tiempo de trabajo. En la actualidad, el tiempo de trabajo ha sido un campo establecido de la regulación de las relaciones laborales, así como el componente principal de las solicitudes gremiales debido a la importancia de este (Fernández, 2010).

Al respecto, Velázquez, Zamorano, Ruiz Monreal y Gil (2014), realizaron una investigación con el objetivo de determinar como el horario laboral representa un factor de riesgo psicosocial para los trabajadores de la salud, para ello se utilizó una muestra de 163 licenciados elegidos de manera intencional, 73% mujeres y 27% varones. Los profesionales considerados en el estudio fueron Licenciados en

Enfermería con 43%, Licenciados en Seguridad con el 31% y Licenciados en Psicología con el 26% a los que se les aplicó el cuestionario de “Evaluación de Riesgos Psicosociales” propuesto por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo de España (INSHT), el cual consta de 44 preguntas tipo escala de Likert. Los resultados que se presentan, corresponden a los datos demográficos y a las primeras ocho preguntas relativas al horario de trabajo, que fueron analizados mediante la prueba estadística F de Fisher con un parámetro del p valor del 0,05. Los resultados arrojaron que el factor tiempo no representa un riesgo psicosocial entre las profesiones en estudio. Sin embargo, sí reduce el tiempo de descanso e incluso algunos profesionales llevan la actividad laboral a su casa a fin de concluirla (F0,80) sin diferencias estadísticamente significativas (0,45).

En este sentido, Feo (2008) realizó una revisión teórica donde pretendían identificar las alteraciones en la vida diaria en los trabajadores que laboran por turnos, el análisis de los documentos evidenciaron que en general no se ha encontrado evidencia suficiente de que los horarios laborales, como por ejemplo, el trabajo por turnos, traiga efectos adversos para la salud mental por sí solo, siendo que es necesario tomar en cuenta otras variables, sin embargo, dentro de las principales alteraciones encontradas debido a la jornada laboral destacaron los trastornos músculo-esqueléticos, abortos, problemas del sueño, así como dificultad en la relaciones interpersonales, los quehaceres domésticos, el tiempo libre, la pareja, la familia y los amigos.

De igual forma, la revisión teórica realizada por Fernández y Piñol (2000) donde buscaban las consecuencias que los turnos de trabajo tienen sobre la salud, específicamente en el trastorno de sueño, síndrome de fatiga crónica, estrés laboral, sintomatología depresiva y problemas psicosociales. En cuanto al trastorno del sueño las investigaciones revisadas, revelaron que los trabajadores

que suelen tener cambios de turnos muy frecuentes son los que presentan dificultades en torno a la salud ya que fuerzan el sueño y la vigilia imposibilitando la adaptación. Por su parte, en lo que se refiere al síndrome de fatiga crónica, se evidenció que las jornadas laborales excesivamente largas y los turnos que exigen rotaciones rápidas y frecuentes influyen en el desarrollo del síndrome de fatiga crónica, sin embargo, es relevante la ausencia de prueba empírica que fundamente esta relación, siendo que el desarrollo de la fatiga crónica puede deberse a múltiples variables. De igual forma, en cuanto al estrés laboral, se encontró evidencia contradictoria con respecto a la relación entre ambas variables. Así mismo, con respecto a la sintomatología depresiva, los resultados encontrados se contradicen entre sí, siendo que desde el punto de vista etiológico no está lo suficientemente clara la influencia de la jornada laboral en el desarrollo de la depresión. Finalmente, en cuanto a los problemas psicosociales, la teoría evidenció que las principales alteraciones se encuentran en el mantenimiento de las relaciones sociales y familiares, como el establecimiento de pareja y el cuidado de los hijos, esto específicamente en lo trabajadores con turnos rotativos.

En conclusión, dichos autores dejan ver que es necesario un mayor número de investigaciones que permitan aclarar la relación existente entre la jornada laboral y la salud de los trabajadores, siendo que para ellos, aunque el trabajo en sistema de turnos influye negativamente en algunos aspectos de la vida de los trabajadores, no todas las personas expuestas a un mismo sistema de turnos responden igual, puesto que el grado de tolerancia a los diferentes turnos de trabajo, varía considerablemente en función de las variables individuales, familiares, sociales y laborales así como de las variables referentes al turno de trabajo (Fernández y Piñol 2000).

Por otra parte, otras investigaciones muestran resultados contradictorios con lo anteriormente planteado, tal es el caso del estudio realizado por Masanet y

La Parra (2011), la misma, tenía como objetivo analizar los efectos del tiempo dedicado al cuidado de personas dependientes en la salud mental de las personas cuidadoras en función del tipo de dependencia. Los datos analizados proceden de la Encuesta Nacional de Salud de España 2006 (ENS-06) realizada entre junio de 2006 y junio de 2007 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Se trata de una encuesta representativa a nivel nacional que incluye una muestra de 29.478 personas adultas a partir de los 16 años. La variable dependiente fue el estado de salud mental medida a través de General Health Questionnarie (GHQ-12), mientras que la variable independiente fue la carga horaria del cuidado de personas del propio hogar que no pueden cuidarse por sí mismas clasificadas en tres grupos, a) menores de 15 años con o sin discapacidad, b) personas mayores de 74 años y c) personas adultas con discapacidad. Los resultados de la regresión logística se dan en términos de Odds Ratio (OR), que formalmente, se define como la posibilidad de que una condición de salud o enfermedad se presente en un grupo de una población frente al riesgo de que ocurra en otro, estos resultados arrojaron que las mujeres presentan peor salud mental a partir de 97 horas semanales en el cuidado a menores (OR=1,372), de 25 horas en el cuidado a personas mayores de 74 años (OR=1,602 entre 25 y 48 horas; OR=1,467 49-96h; OR=1,874 97-168h) y cuando dedican alguna hora al cuidado de personas adultas con discapacidad (OR=1,996 0-24h; OR=2,507 25-48h; OR=3,016 49-96h; OR=1,651 97-168h). Mientras que, los varones muestran deterioro de la salud psicológica cuando dedican un elevado número de horas al cuidado de personas mayores de 74 años (OR=2,810 97168h.) y personas con discapacidad (OR=3,411 97-168h.) y cuando dedican de 0 a 24h al cuidado de menores (OR=1,595). En conclusión, el número de horas de cuidado influye negativamente en la salud mental de las personas cuidadoras y está determinado

tanto por el tipo de persona dependiente como por el sexo de la persona cuidadora.

Así mismo, otra investigación que ha confirmado cómo las horas de trabajo influyen en la salud física y psicológica de los trabajadores, es la realizada por Cova y Figuereido, (2004), dicha investigación, tuvo como objetivo principal indagar si existen diferencias significativas en la presencia y el nivel del estrés emocional, así como en la presencia o no de síntomas físicos y psicológicos, en enfermeros que realizan doble jornada de trabajo, comparados con los que realizan una única jornada de trabajo, en un hospital de oncología pediátrica de Campinas. La población estuvo compuesta por 33 enfermeros, de los cuales 24 trabajaban en régimen de doble jornada y 9 en jornada única. Para la medición de las variables fue utilizado el Inventario de Síntoma de Stress LIPP y la Escala Analógica Visual, los resultados de estas fueron comparados por medio de la prueba de F de Fisher (p=0.05). Los datos recolectados evidenciaron que existe diferencias significativas (f=0.8927) en la presencia de síntomas tanto físicos como psicológicos entre ambos grupos, donde la frecuencia de los síntomas psicológicos en el grupo que trabaja doble jornada es de 37,50%, mientras que en el grupo que trabaja jornada única la frecuencia de aparición de los síntomas psicológicos es de 33,33%, con respecto a los síntomas físicos la presencia de ellos en el grupo con doble jornada es de 20,83% mientras que en el grupo de jornada única es de 11,11%.

Esto resulta de gran importancia para la presente investigación, puesto que demuestra que en principio además de que la jornada laboral afecta o bien influye en la salud del trabajador, pareciera que además existe predominancia en la presencia de síntomas psicológicos frente a los síntomas físicos, cuando se trata de la afección de la salud debido a las extensas horas de trabajo. Sin embargo, al encontrar distintos estudios que muestran resultados contrarios, la presente

investigación pretende indagar la relación entre la jornada laboral y el síndrome de Burnout, y la jornada laboral y la salud psicológica, y así aportar más información y evidencia, lo cual es considerado necesario para futuros estudios.

Estrategias de afrontamiento al estrés

Las primeras definiciones que se dieron del estrés lo precisaban como un estímulo, entre ellos se encuentran autores como Holmes y Rahe (1967) quienes definieron el estrés como un acontecimiento estímulo que requiere adaptación por parte del individuo. Desde la perspectiva del estrés como estímulo, se entiende éste como un fenómeno asociado a circunstancias o acontecimientos externos al sujeto que son dañinos, amenazantes o ambiguos, y que pueden alterar el funcionamiento del organismo, y/o bienestar psicológico.

Bajo esta misma línea de pensamiento, Fontana (1992) manifiesta que el estrés excesivo causa efectos cognoscitivos tales como, decremento del período de la atención y concentración, deterioro de la memoria, velocidad de respuesta impredecible, aumento de la frecuencia de errores, deterioro de la capacidad de organización y aumento de los delirios y trastornos del pensamiento, todo esto provocando a su vez efectos emocionales, como aumento de tensión física y psicológica, cambios en los rasgos de personalidad, aumento de ansiedad y hostilidad, debilitamiento de las restricciones emocionales, pérdida de autoestima y presencia de depresión e impotencia.

Sin embargo, este mismo autor plantea que, el estrés puede traer también beneficios psicológicos, ya que agrega interés a la vida, pone en estado de alerta a las personas, ayuda a pensar más rápido, a trabajar de modo más intenso y alienta a sentimientos de utilidad y apreciación, no obstante, cuando el estrés va más allá de los niveles óptimos, agota la energía psicológica, deteriora el desempeño y a menudo afloran sentimientos de inutilidad.

Esto es demostrado más tarde por la psicóloga Crum mediante un experimento que medía la presión sanguínea, actividad del corazón, circulación, sudoración y hormonas del estrés en la saliva en dos grupos de participantes que eran sometidos a una entrevista simulada en la que se ponía al sujeto en una situación de estrés haciéndole preguntas que iban a ser refutadas por los entrevistadores, antes de la entrevista de trabajo simulada, a cada participante se le había asignado aleatoriamente un video sobre el estrés que podía contener alguno de los dos siguientes mensajes:

1) “La mayoría de la gente cree que el estrés es negativo, pero las investigaciones indican que en realidad es útil”.

2) “La mayoría de la gente sabe que el estrés es negativo pero las investigaciones indican que es más extenuante de lo que se creía” añadía que podía perjudicar la salud, la felicidad y el rendimiento laboral.

Cada uno de estos videos estaban diseñados para activar una percepción específica del estrés, la cual se esperaba que influyera en la respuesta del cuerpo de los participantes al estrés consecuente, como era de esperarse, el cortisol que es la hormona que se asocia con malos resultados, como problemas en la función inmunológica y depresión, aumentó durante la entrevista simulada, sin embargo, aquellos participantes que antes de la entrevista vieron el video de que el estrés es útil liberaron más DHEA (Dehidroepiandrosterona), siendo esta la hormona que se ha vinculado con un reducido riesgo de ansiedad, depresión, afecciones cardíacas, neurodegeneración y otras enfermedades que suelen relacionarse con el estrés, lo que confirma entonces que un monto de estrés mínimo puede ser útil para afrontar una situación determinada (McGonigal, 2016).

Por ello, con el tiempo, la definición de estrés ha ido evolucionando, en la actualidad, es entendido como la interacción del individuo con su medio ambiente.

Debido a esta interacción que se da entre el individuo y su medio generador de estrés, las personas desarrollan lo que se conoce como “estrategias de afrontamiento al estrés” que se entienden como:

> “Los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986).

Ya que el fenómeno del estrés es concebido entonces en función del medio ambiente del individuo, es relevante tomar en cuenta el contexto en el que éste se desenvuelve, en la actualidad las personas pasan la mayor parte de su tiempo en el trabajo, por lo que resulta cada vez más relevante conocer acerca del estrés laboral, este concepto es definido de acuerdo con el Instituto de Salud y Seguridad Ocupacional de Estados Unidos (NIOSH) (2003) como las reacciones físicas y emocionales nocivas que ocurren cuando las exigencias de trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador.

En el caso de la presente investigación, la muestra de interés son los trabajadores que laboran con niños diagnosticados con trastornos del neurodesarrollo, por ende, el contexto laboral en el que estos se desenvuelven forma parte del ámbito de la salud, acerca de esto, autores tales como Simpson y Grant, (1991) señalan que el estrés propio de los profesionales de la salud es mayor que el que se asocia a otras ocupaciones debido a que estos profesionales se enfrentan a diario a situaciones como el dolor, la muerte, la enfermedad terminal, situaciones límite de otras personas muchas veces con la sensación de poder hacer poco o nada. Además, estas situaciones vienen definidas por la urgencia y la toma de decisiones inmediatas en cuestiones de vida o muerte.

Como evidencia empírica a esta afirmación, se encuentra la investigación realizada por Trucco, Valenzuela y Trucco (1999), en donde se buscaba la frecuencia de síntomas y principales fuentes de estrés ocupacional percibido en dos grupos, el primer grupo estaba conformado por profesionales de la salud compuesto por 143 sujetos y el segundo grupo se conformaba por 62 sujetos no profesionales de la salud, de Santiago de Chile; donde a ambos grupos se les pasó las escalas de General Health Questionnaire de Goldberg de 12 ítems, y luego el Cuestionario de Síntomas Psicosomáticos de Stress de Cooper. Los resultados de la investigación reflejaron que existe un nivel elevado de síntomas comunes del estrés en la mayoría de los sujetos pertenecientes al grupo de profesionales de la salud, que no son reportados por lo no profesionales en dicho ámbito laboral, evidenciando de este modo que las personas que trabajan como profesionales de la salud parecieran tener más estresores que aquellos que laboran en otro ámbito, entre los estresores encontrados destacan la percepción de un trabajo poco valorado, tener que responder a muchas personas, condiciones físicas de trabajo inadecuadas y dificultades para controlar su propio trabajo.

Sin embargo, a pesar de que la presente investigación se enmarca en el área laboral lo que realmente resulta relevante para la misma es conocer cómo los trabajadores institucionales que laboran con niños con trastornos del neurodesarrollo lidian con el estrés causado en dicho ámbito de trabajo, mediante el uso de estrategias de afrontamiento, siendo estas las que actúan como los recursos cognitivos para enfrentar las situaciones de estrés que se puedan presentar a la hora de trabajar directamente con los niños que padecen de algún tipo de trastorno del desarrollo.

En este sentido, Omar (1995), define las estrategias de afrontamiento al estrés como un constructo psicológico que constituye un factor mediacional de la relación entre el estrés y los trastornos físicos y mentales, que se traduce en un

conjunto de respuestas cognitivas y conductuales que los sujetos emplean para enfrentar las situaciones estresantes. Se han desarrollado múltiples modelos para tratar de abordar este fenómeno.

El modelo más empleado en las investigaciones ha sido el denominado modelo fenomenológico cognitivo, desarrollado en 1986 por Lazarus y Folkman.

Estos autores proponen un modelo transaccional ya que permite comprender las transacciones bidireccionales entre el individuo y su entorno, y señalan como elemento principal para entender el concepto de estrés los procesos cognitivos mediadores que lo caracterizan tales como la evaluación cognitiva y el afrontamiento. Por su parte, la evaluación cognitiva del estresor, es entendida como un proceso dinámico y complejo donde se involucra tanto las experiencias del individuo como las características de la situación. Este proceso determina como la evaluación entre esas dos variables resulta estresante, lo anterior sugiere entonces que el proceso de afrontamiento va a depender del contexto en el cual se encuentre el individuo (Lazarus y Folkman 1986).

Los estilos de afrontamiento para este modelo se clasifican según el objetivo en dos, e incluyen cada uno de ellos a su vez una serie de estrategias que son propias de su estilo. Es preciso, por tanto, diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. 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 estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que 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, Chóliz, Palmero y Martínez, 1997).

El primer tipo o estilo de afrontamiento según el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986) se le denominó afrontamiento dirigido al problema o afrontamiento comportamental, el cual incluye los esfuerzos o estrategias direccionadas a definir el problema, generar alternativas de solución y actuar para eliminar las fuentes estresantes, realizando por ejemplo, esfuerzos interpersonales para alterar la situación, esfuerzos racionales deliberados para resolver el problema e intentos de producir cambios en el entorno tales como la modificación de variables en el ambiente, búsqueda de recursos, etc; o cambios en el individuo mismo, como modificación en la motivación y aspiración, desarrollos de nuevos patrones de conducta entre otros, también se le llama afrontamiento activo, comportamental o instrumental. Las estrategias que están orientadas al problema son:

Afrontamiento activo: consiste en realizar actividades para tratar de cambiar las circunstancias estresoras o aminorar sus efectos.

Planificación: implica pensar acerca de cómo afrontar el estresor; incluye pensar en todas las estrategias y pasos posibles para lograr una mejor aproximación al problema, es una actividad fundamentalmente cognitiva.

Supresión de actividades competitivas: implica poner otros eventos de lado para evitar llegar a distraerse con eventos que impidan tratar con el estresor.

Restricción de afrontamiento: es considerada una respuesta necesaria y funcional al estrés. Implica esperar hasta una apropiada oportunidad para actuar, no actuar prematuramente, se concibe como una estrategia de afrontamiento activo ya que la conducta de la persona se centra en el trato efectivo con el estresor, sin embargo, también es considerada como una estrategia de afrontamiento pasiva, ya que la restricción no significa actuar.

Búsqueda de apoyo social por razones instrumentales: Se refiere a la búsqueda de consejos, asistencia o de información relacionada con el estresor.

Por su parte, el segundo tipo o estilo de afrontamiento se le denominó afrontamiento dirigido a la emoción o afrontamiento evitativo, el cual incluye las estrategias cuyos recursos se orientan a reducir los sentimientos negativos que se generan en respuesta a la amenaza. Es importante destacar que a pesar de que este tipo de estrategias son las menos adecuadas, en determinadas ocasiones el afrontamiento emocional es la forma más adaptativa para enfrentarse a una situación, por ello, resulta de suma importancia no evaluar las estrategias de afrontamiento sin considerar el contexto en el cual se emplean. Esto es confirmado más tarde por Sapene y Tommasino (2001), quienes exponen que efectivamente las estrategias de afrontamiento al estrés de tipo emocional resultan ser más adaptativas cuando la situación a la que se está enfrentando el sujeto genera impotencia o se escapan del control del mismo.

Entre las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción según Lazarus y Folkman (1986) se encuentra el deslizamiento, la evitación, el autocontrol, la búsqueda de apoyo social y la aceptación de la responsabilidad, a este tipo de afrontamiento, también se le ha llamado afrontamiento paliativo. Los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción son:

Búsqueda de apoyo social por razones emocionales: solicitud para la obtención de soporte moral, simpatía y comprensión; los autores señalan que aun cuando la búsqueda de apoyo por razones emocionales es distinta a la búsqueda de apoyo por razones instrumentales, ambas se pueden dar de forma simultánea.

Reinterpretación positiva y crecimiento: su propósito es el de manejar el malestar emocional, más que de lidiar con el estresor per sé, sin embargo, la función de este modo de afrontamiento no se limita únicamente a la reducción de

malestar, mediante ella se puede construir una transacción estresante en términos positivos, que deberían llevar a las personas a intentar acciones de afrontamiento más activas centradas al problema.

Negación: implica ignorar al estresor, en ocasiones puede minimizar el estrés y favorecer el afrontamiento, puede ser útil en un principio, pero de mantenerse puede llegar a impedir una aproximación posterior más activa.

Aceptación: respuesta funcional al afrontamiento en una primera aproximación a la situación estresante, suele darse en aquellas personas que están dispuestas a enfrentar la realidad de la situación estresante y lidiar con ella.

Volcarse hacia la religión: es visto como una estrategia en tanto que sirve como un apoyo emocional para muchas personas, es el vehículo para el logro posterior de una interpretación positiva y el uso de estrategias más activas de afrontamiento.

A pesar de que este modelo propuesto por Lazarus y Folkman, es el más utilizado, algunos autores como Carver, Scheier y Weintraub (1989), encuentran esta división dicotómica del afrontamiento ante situaciones de estrés, como simplificadora. Establecen que, dentro del afrontamiento enfocado hacia la emoción, pueden darse respuestas notablemente distintas entre sí, y que cada una de ellas puede tener implicaciones diferentes en los resultados o consecuencias del afrontamiento. De la misma manera, el afrontamiento dirigido hacia el problema puede tomar distintas direcciones y, dependiendo del tipo estrategia empleada por el individuo, pueden variar sus posibilidades de éxito. En este sentido, hacer frente a la situación estresante, ya sea con estrategias enfocadas al problema o bien centradas en la emoción van a eliminar o incluso reducir las amenazas de la situación generadora de estrés.

Ante esto, Lazarus y Folkman (1986), sugieren que estos estilos de afrontamiento no se establecen de manera inflexible en los sujetos, sino que, por el contrario, dependen del contexto en que éste se encuentre. Esta orientación se enfoca en el hecho de que los autores plantean que el proceso de afrontamiento depende del contexto en el cual se encuentre el individuo, por ende, no ocurre de modo invariable. Asimismo, la estrategia a emplear se definirá como inefectiva o efectiva según su reevaluación previa o sus resultados si ya ha sido utilizada.

Partiendo entonces de las categorías propuestas por Lazarus y Folkman, Llorens (1995) efectuó una investigación y revisión psicométrica de la Ways of Coping Scale de Lazarus y Folkman para realizar un sistema de clasificación más minucioso de las estrategias de afrontamiento al estrés. En este estudio se encontraron las siguientes categorías de afrontamiento:

Solución fantástica: empleo del pensamiento y soluciones mágicas y fantásticas para resolver el problema y así poder alejarse de la situación.

Búsqueda de apoyo e información: se refiere a la búsqueda de apoyo en otras personas con el fin de obtener soporte emocional y aumentar el nivel de información respecto al problema.

Evasión y Conformismo: el sujeto intenta escapar de la situación y/o conformarse y aceptar pasivamente lo que está sucediendo, lo que hace que se disminuya el significado lesivo que pueda tener la situación.

Afrontamiento Activo: consiste en adoptar una postura para encontrar soluciones a los problemas planteados y supone cierto grado de hostilidad y riesgo.

Hacerse responsable: es el reconocimiento del papel que juega el sujeto en el problema y la búsqueda activa de tener más control sobre la situación.

Reevaluación cognitiva: busca enfocar el problema de una manera que no se perciba tan amenazante, de forma que la persona pueda prepararse cognitivamente para afrontarlo.

Las estrategias de búsqueda de apoyo e información, afrontamiento activo, y hacerse responsable se consideran estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, o bien de tipo comportamental, mientras que, solución fantástica, evasión y conformismo, y reevaluación cognitiva pertenecen al tipo de estrategias dirigidas a la emoción, debido a que estas representan esfuerzos que se orientan a reducir los sentimientos negativos que se generan en respuesta a la amenaza (Llorens, 1995). En la presente investigación se adoptarán las categorías conceptuales anteriormente propuestas encontradas en el estudio de Llorens realizado en 1995.

Tal y como se mencionó anteriormente, estas estrategias de afrontamiento se comportan de forma distintas y son flexibles dependiendo de las personas que las emplean, sin embargo, el medio ambiente de estas personas y las características del mismo configuran en gran medida el tipo de estrategia a utilizar (Lazarus y Folkman, 1986), es por ello que las estrategias de afrontamiento juegan un papel fundamental en los trabajadores que laboran con niños diagnosticados con trastornos del neurodesarrollo. Al respecto se han encontrado múltiples estudios.

Una de las investigaciones fue la realizada por Pearlin en el año 1999 quien expone que brindar cuidados a personas con trastorno del espectro autista es un estresor primario en un proceso que se ha denominado “proliferación del estrés”, el cual hace referencia a la capacidad de este estresor inicial o primario de crear nuevos estresores en diversas áreas de la vida del cuidador, dando lugar a estresores secundarios, este autor enfatiza que los conflictos con otros miembros

de la familia y la disminución de la autoestima entre otros fenómenos, pueden tener efectos en la capacidad de afrontamiento de los cuidadores, y en su red de apoyo social.

Pearlin (1999) plantea que esta manera de entender el proceso de estrés se basa en tres conceptos principales, el primero hace referencia a una característica central de las situaciones que provocan estrés crónico, como lo es el cuidado de una persona dependiente y es el potencial de estas situaciones como generadoras de estrés que interfieren en los estresores de otras áreas de funcionamiento de la vida diaria del cuidador, esto es entendido entonces como lo que anteriormente se ha definido como estresores primarios, siendo estos: el tiempo y el esfuerzo dedicado al cuidado así como la energía dedicada al mismo, el funcionamiento de este tipo de estresores considerados primarios pueden afectar por ejemplo, las relaciones en pareja, el desempeño laboral, las relaciones interpersonales, entre otras áreas.

El segundo concepto es el de la "contención de estrés", esto es entendido como un proceso por el cual los cuidadores pueden disminuir los efectos que el cuidado de una persona dependiente conlleva, por medio de la utilización de recursos disponibles. Estos recursos pueden ser de naturaleza psicológica, como estrategias adecuadas de afrontamiento o alta autoestima; de naturaleza social, tales como estar vinculado a redes de apoyo que le brinden información o bien recibir sostén instrumental o social, y por último de naturaleza económica, como la pertenencia a algún programa de becas.

Como tercer elemento, propone que el cuidador debe entender el cuidado como un proceso, en el que se debe dar tanto aprendizajes, como nuevas formas de socialización. Una buena adaptación a los requerimientos del cuidado depende de los estresores, de los recursos disponibles, y del punto de vista particular del

cuidador a la hora de entender el cuidado.

En la misma línea Obando (2009) realizó un estudio cualitativo, que pretendía comprender la realidad en el área laboral, personal y familiar de los cuidadores de niños diagnosticados con autismo que se encuentran entre los ocho y dieciocho años de edad, la muestra estuvo conformada por 15 cuidadores de los cuales 9 pertenecían al género femenino y 6 al género masculino, los datos obtenidos se organizaron en un cuadro de registro teniendo en cuenta las experiencias y las modificaciones en los distintos niveles ya mencionados, y el impacto que ha tenido el autismo en la vida de los cuidadores. Los resultados pertinentes para la presente investigación son aquellos que arrojaron que las características clínicas de los trastornos del espectro autista suponen una constante fuente de estrés para el cuidador, esto debido a los serios déficits en la comunicación y las relaciones sociales, las frecuentes conductas disruptivas, los comportamientos auto-lesivos, así como las conductas repetitivas y estereotipadas las cuales alteran definitivamente la vida familiar y social del cuidador, los mayores factores estresantes que afectan a estos cuidadores son tres: primero la permanencia de la sintomatología en el niño; segundo, la falta de aceptación de su comportamiento en la sociedad en general y de los miembros de la propia familia; y tercero, los bajos niveles de apoyo proporcionados por los servicios sanitarios y otros servicios sociales.

Otra investigación dentro del área del espectro autista fue realizada por De León (2001) quien ejecutó un estudio cualitativo donde pretendía conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan los padres para enfrentar el trastorno del espectro autista en sus hijos, para ello se entrevistó a 8 padres de familia, 4 del sexo femenino y 4 del sexo masculino, con un hijo de sexo masculino diagnosticados con trastorno del espectro autista con edad comprendida entre 4 y 13 años. En dicha investigación se analizaron 8 tipos de estrategia de

afrontamiento: Confrontación: intentos de solucionar directamente la situación mediante acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas. Planificación: pensar y desarrollar estrategias para solucionar el problema. Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno. Autocontrol: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales. Aceptación de la responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema. Escape o evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo, o la utilización de estrategias como comer, beber, usar drogas o tomar medicamentos. Reevaluación Positiva: percibir los posibles aspectos positivos que tenga o haya tenido la situación estresante. Búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas como amigos o familiares para buscar ayuda información o también comprensión o apoyo emocional.

Dentro de los resultados obtenidos en la investigación anteriormente mencionada, se destaca que, la mayoría de los padres utilizan la confrontación como estrategia de afrontamiento ante la realidad, enfrentando la situación de forma directa, y empleando acciones directas, agresivas o potencialmente arriesgadas. En la investigación se observó que los padres realizan búsqueda de lugares especializados que puedan brindarles un buen tratamiento a sus hijos. Además, se encontró que la mayoría de los padres no buscaron distanciarse, encontrando la forma de autocontrolar sus emociones y sentimientos, así como asumir la responsabilidad que conlleva tener un hijo con trastorno del espectro autista sin buscar la evitación o el escape de la misma, optando por el apoyo de otras familias y especialistas y así lograr tener una reevaluación positiva de la situación.

Dentro de la misma línea de investigación, Rodríguez, Hernández y Caicedo (2014) realizaron un estudio donde pretendían establecer la relación entre estrategias de afrontamiento y nivel sociodemográfico en padres con niños

diagnosticados con Trastorno del espectro Autista, se utilizó una muestra de 31 padres, con edades comprendidas entre 24 y 50 años. Para la recolección de los datos, se administró la escala de Estrategia de Coping-Modificada realizada por Londoño en el 2006, las estrategias que mide dicha escala son: Solución de problemas, Apoyo social, Espera, Religión, Evitación emocional, Apoyo profesional, Reacción agresiva, Evitación cognitiva, Reevaluación positiva, Expresión de la dificultad de afrontamiento, Negación y Autonomía.

Para el análisis de resultados se empleó un análisis de varianza de una vía por medio de un Anova no paramétrico de Kruskal-Wallis, seguido por un análisis Post-Hoc realizado por medio de una prueba de Dunns´s, dentro de los resultados relevantes, se evidenció que los padres puntuaron significativamente mayor en las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción tales como, Religión, Solución de problemas, Búsqueda de apoyo social, Reevaluación positiva y Espera, en comparación con las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, como Autonomía (Q = 10.007; Q = 10.021; Q = 7.939; Q = 7.655; Q= 7.226), Negación (Q = 8.882; Q = 8.896; Q = 6.814; Q = 6.530; Q = 6.101), Expresión de la Dificultad de Afrontamiento (Q = 7.233; Q = 7.247; Q = 5.165; Q = 4.881; Q = 4.452), Reacción Agresiva (Q = 6.606; Q = 6.620: Q = 4.538; Q = 4.254; Q = 3.825) y Evitación cognitiva (Q = 6.237; Q = 6.251; Q = 4.169; Q = 3.884; Q = 3.456).

De igual forma, se ha estudiado las estrategias de afrontamiento al estrés en cuidadores de otro tipo de trastornos del neurodesarrollo, tales como el Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad. Al respecto, las investigaciones plantean datos insuficientes y contradictorios acerca del uso y la implementación de las estrategias de afrontamiento en las madres de niños que sufren de este trastorno (González, Bakker y Rubiales, 2014).

Por su parte, Siegel y Keef, (citado en González, Bakker y Rubiales, 2014) encontraron que las madres de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad utilizan estrategias de afrontamiento más desadaptativas, como las orientadas a la emoción, que aquellas madres cuyos niños no están diagnosticados de déficit de atención, aunado al hecho de presentar mayor inconsistencia y hostilidad parental, menos calidez y mayores niveles de depresión y ansiedad.

En contraposición a estos resultados se encuentran los arrojados en el estudio de Tajalli, Hooman, Afrooz y Bonab, (2011). Estos autores realizaron una investigación cuyo objetivo era conocer las diferencias existentes en el uso de las estrategias de 25 madres de niños diagnosticados con y sin déficit de atención para ello aplicaron el cuestionario de Ways of coping questionnaire de Lazarus y Folkman, el cual mide la frecuencia en la utilización de ocho tipos distintos de estrategias de afrontamiento, estas son confrontación, planificación, distanciamiento, autocontrol, evitación o escape, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva. La comparación de los grupos se realizó por medio de una T de Student con un nivel de significancia de < 0.05. Los resultados arrojaron que no existen diferencias significativas entre la preferencia al estilo de afrontamiento dirigido al problema o dirigido a la emoción en las madres de niños con y sin diagnósticos de déficit de atención e hiperactividad ($t(48) = -0{,}786$ $p < 0{,}436$). Sin embargo, si se encontraron diferencias significativas en cuanto a la utilización de la estrategia de planificación ($t(48) = -2.145$, $p > 0.037$) evidenciándose que las madres con niños diagnosticados con dicho trastorno utilizaban más la estrategia de afrontamiento de planificación que las madres de niños que no estaban diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad.

Asimismo, González, Bakker y Rubiales, (2014) confirman lo anteriormente

expuesto, por medio de una investigación realizada con el objetivo de comparar las estrategias de afrontamiento al estrés y el estilo parental de madres de niños con y sin diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, para ello utilizaron una muestra de 14 madres con niños diagnosticados con déficit de atención, y 35 madres cuyos niños no presentan dicho diagnóstico, el instrumento utilizado fue el cuestionario de Estrategias de afrontamiento de Sandín y Chorot; la comparación entre los dos grupos se realizó por medio de la prueba no paramétrica de Mann-Whitney (z) y el tamaño del efecto Cohen (d), los resultados obtenidos no evidencian diferencias significativas en cuanto al tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas, bien dirigidas al problema (z= -1,11d= 0,32) o dirigida a la emoción, (z=-1,63 d=0,52), sin embargo, si se evidencia una tendencia a utilizar en mayor medida estrategias de afrontamiento emocionales en madres de niños con déficit de atención e hiperactividad.

Por otro lado, dentro de las investigaciones de las estrategias de afrontamiento al estrés utilizadas en cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo, también destacan aquellas relacionadas con los cuidadores de niños diagnosticados con discapacidad intelectual leve, entre ellas se encuentra la investigación realizada por Zapata, Quiroga, Bastida, Charra y Leiva (2013), la cual tenía como objetivo, evaluar el bienestar psicológico de los padres con un niño y/o adolescente entre nueve y 14 años con discapacidad intelectual leve, sus estrategias de afrontamiento y la relación de estas variables. Esto debido a que los cuidadores de estos niños suelen estar expuestos a un alto monto de estrés que de no ser afrontado de forma adecuada puede traer como consecuencia afecciones en la salud física y psicológica.

Para llevar a cabo el estudio, se utilizó una muestra de 30 padres a los que se les administró la Escala de Afrontamiento de Tobin, los resultados fueron analizados con un nivel de significancia de $p>0.01$ estos arrojaron que las

estrategias de afrontamiento que suelen ser más utilizadas por estos padres están a su vez asociadas a bajos niveles de bienestar psicológico, estas estrategias son, restructuración cognitiva cuanto menor su empleo, menor bienestar (sig. 0.012); evitación activa su uso disminuye el bienestar (sig 0.10), y cuanto menor es la autocrítica menor el bienestar (sig gl. 10,031). De estos resultados se interpreta entonces que efectivamente existe una relación entre las estrategias de afrontamiento utilizadas y el bienestar del individuo que las emplea, de modo que prevalece un nivel de bienestar psicológico bajo, en los padres que tienen un hijo entre 9 a 14 años de edad que padece de deficiencia intelectual leve.

Resultados de esta naturaleza permiten apreciar el papel protagónico de las estrategias de afrontamiento al estrés en el rol que desempeñan todas aquellas personas que se encargan de manera formal o informal del cuidado de niños con algún trastorno del neurodesarrollo, ya que cuando las estrategias de afrontamiento empleadas no resultan exitosas de manera reiterada, los trabajadores desarrollan una experiencia de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los individuos hacia los que se destina el trabajo, lo que trae como consecuencia la aparición del Síndrome de Burnout (Bracco y Reyna, 2011). Sin embargo, autores como Schaufelli et al. (2001) y Maslach (2001) mantienen la hipótesis de que no existen relaciones entre el síndrome de Burnout y el afrontamiento, justificando con esta argumentación la idea de que el síndrome sólo está relacionado con variables de tipo laboral.

Este fenómeno se ha hecho familiar entre los profesionales de la salud, si bien no existe una definición unánimemente aceptada del desgaste profesional o burnout, sí existe consenso en considerarlo una respuesta al estrés crónico con connotaciones negativas debido a que implica consecuencias nocivas para el individuo y para las organizaciones que lo padecen. Entre las diversas conceptualizaciones, una de las más utilizadas y operativas ha sido la de Maslach

y Jakcson (1986), mediante el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), que define al burnout como un síndrome caracterizado por padecer agotamiento emocional o pérdida de recursos emocionales para enfrentarse al trabajo; despersonalización o desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado, y falta de realización personal, o tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con sentimientos y apreciaciones de baja autoestima profesional.

Dentro de las investigaciones que evidencian la relación ya mencionada entre las estrategias de afrontamiento y el desarrollo o bien la incidencia del Síndrome de Burnout se encuentra la realizada por Chestnut, Morch, Rosario y Shinn (1984) quienes estudiaron los efectos del afrontamiento sobre la tensión psicológica y el Burnout producido por el estrés laboral. Estos autores plantean que los factores de estrés asociados con el clima organizacional incluyen el ambiente laboral percibido, el liderazgo y las relaciones con compañeros que se relacionan con la satisfacción laboral y la enajenación de los trabajadores, lo que trae consecuencias conductuales en el desempeño de los trabajadores y en la rotación del personal. Así mismo, proponen como hipótesis que el estilo de estrategia de afrontamiento va a influir positiva o negativamente en la incidencia del Síndrome de Burnout o bien en el desgaste profesional de los trabajadores que laboran en el ámbito de la salud.

Para dicho estudio, se utilizó una muestra de 141 trabajadores de diversos servicios de la salud, a los que le emplearon un cuestionario de preguntas abiertas referidas al estrés laboral y afrontamiento y preguntas cerradas acerca de la tensión psicológica y demográfica. Para analizar los datos, los autores realizaron un análisis estadístico de Contrastes de Z con una significancia del $p<.0.5$. Los resultados obtenidos sugieren que el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas por los trabajadores se asocian con la tensión psicológica y en

consecuencia con el Síndrome de Burnout; con respecto a la tensión psicológica las variables que la componen son los Síntomas somáticos, Síntomas psicológicos, Alienación y Satisfacción, los resultados arrojados sugieren que dicha variable se relacionan negativamente con las estrategias enfocadas en el problema, (Síntomas psicológicos: z=-1,18; Síntomas somáticos: -2,45; Alienación: z=-0,56 y Satisfacción: z=0,82). Es decir que el uso de este tipo de estrategias ayuda a bajar la tensión y por ende disminuye la probabilidad de padecer el Síndrome de Burnout. Contrario a esto, se encontró que el afrontamiento enfocado a la emoción, como lo son tomar pausas y enfocarse fuera del trabajo, se relacionan positivamente con la tensión psicológica (z=0,19), y por ende, con altas probabilidades de sufrir el Síndrome de Burnout.

Dichos resultados permitieron concluir que las estrategias de afrontamiento instrumentales o dirigidas al problema pueden llegar a ser más efectivas que las paliativas o dirigidas a la emoción ya que estas últimas pueden incrementar el grado de estrés y el Síndrome de Burnout, debido a que este tipo de estrategias de afrontamiento solo evitan y prolongan los estresores en el tiempo. Por ello Chestnut, Morch, Rosario y Shinn (1984) plantean que el paradigma de estrés, estrategias de afrontamiento, y Burnout es apropiado.

Por otro lado, un estudio realizado por Ogus (1992) para establecer la relación entre Burnout y Estrategias de afrontamiento, apoya los hallazgos encontrados en la investigación anterior. Este autor, exploró dicha relación en 128 médicos y enfermeras de cuidados intensivos con edades comprendidas entre 20 y 56 años, para analizar la relación entre los tipos de estrategias de afrontamiento con la incidencia del Síndrome de Burnout se realizó un análisis de regresión múltiple, los resultados evidenciaron una relación significativa entre la estrategia de afrontamiento paliativas con la prevalencia del Síndrome de Burnout, es decir, las personas que emplean de forma frecuente el afrontamiento paliativo o dirigido

a la emoción, experimentaron mayores niveles de Burnout (t: 6,92 p<.001), ya que reportan mayor cansancio emocional (t:6,19 p<.001), despersonalización (t:3,82 p<0.001) y baja realización personal (t:3,92 p<.001). A diferencia de esto, las personas que usaban el afrontamiento de tipo preventivo o dirigido al problema reportan menos incidencia del Síndrome de Burnout (t:-4.20 p<.001), menor cansancio emocional (t: -3,99 p<.001), y una mayor sensación de logro personal (t: -2,94 p<.001), al igual que las personas que utilizan el afrontamiento de tipo existencial, las cuales experimentan menor incidencia del Síndrome de Burnout (t:-2,58 p<.05) y una mayor sensación de logro personal (t: -3,75 p<.001).

En conclusión, como se ha evidenciado en las investigaciones planteadas anteriormente, los cuidadores de niños con algún trastorno del neurodesarrollo suelen utilizar estrategias de afrontamiento prevaleciendo el uso de aquellas dirigidas a la emoción (De León, 2001; Caicedo, 2014; Siegel y Keef, citado en González, Bakker y Rubiales, 2014), a su vez, se ha evidenciado que las estrategias de afrontamiento comportamentales, o bien orientadas al problema están relacionadas con bajos niveles del Síndrome de Burnout. Mientras que aquellas orientadas a la emoción se relacionan con altos niveles de incidencia de dicho síndrome (Ogus, 1992).

Síndrome de Burnout

La exposición a estresores, la experiencia de estrés y el modo de afrontarlo (afrontamiento) juegan un papel importante como componentes mediadores en la aparición y/o agravamiento de una amplia gama de patologías. Si bien estar sometido a algún grado de estrés en ambiente de trabajo es probablemente inevitable y conlleve respuestas positivas y constructivas, en la mayoría de los casos trae consecuencias riesgosas tales como es el síndrome de quemarse por el trabajo, o también llamado Síndrome de Burnout (Guerrero, 2003).

Dentro de las primeras conceptualizaciones de este fenómeno, se encuentra la realizada por Maslach (1982) quien lo define como un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que afectan de forma negativa en el ámbito laboral. El agotamiento emocional se refiere a los sentimientos de no poder dar más de sí a nivel emocional y a una disminución de los propios recursos emocionales. La despersonalización se entiende como una respuesta de distancia negativa, sentimientos y conductas cínicas respecto a otras personas, que son normalmente los usuarios del servicio o del cuidado, finalmente la reducida realización personal se refiere a la disminución en los propios sentimientos de competencia y logro en el trabajo.

Esta definición, explica entonces lo que a nivel conceptual se entiende como Síndrome de Burnout, sin embargo, no hace referencia a que es aquello que lo produce, con respecto a esto, Salanova y Llorens (2008), sugieren que dicho síndrome se presenta cuando: las estrategias de afrontamiento fallan; hay un desequilibrio entre las exigencias del trabajo y la capacidad del individuo para satisfacer dichas exigencias (sobrecarga laboral); o bien cuando el trabajador se ve expuesto de manera prolongada a eventos estresantes.

Consistentemente, Gil, Núñez, y Selva (2006) definen el Burnout como estrés laboral crónico que supone una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes no deseables hacia el trabajo, hacia las personas y hacia el propio rol profesional.

Freudenberger (1980) aporta otros términos a la definición, en el que habla de un “vaciamiento de sí mismo” que viene provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales tras el esfuerzo excesivo por alcanzar una determinada expectativa no realista, que o bien ha sido impuesta por el, o bien por

los valores propios de la sociedad. por su parte, Cherniss (1980) nuevamente enfatiza la importancia del trabajo en la conceptualización del burnout y lo define como los cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en los trabajadores con trabajos frustrantes o excesivas demandas, el mismo autor precisa que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos:

El primer momento se caracteriza por un desequilibrio entre las demandas en el trabajo y los recursos individuales, dándose una situación de estrés, transcurriendo en paralelo un sentimiento de ineficacia, apareciendo la percepción de incompetencia; el segundo momento, es el exceso y sobreesfuerzo donde el sujeto trata de sobrecompensar los sentimientos del primer momento, siendo una respuesta emocional a corto plazo ante el anterior desequilibrio trayendo como consecuencia ansiedad, fatiga y agotamiento; por último, un tercer momento en el que ocurren cambios conductuales y actitudinales con el fin de contrarrestrar las tensiones experimentadas, siendo este el más crítico exponente de despersonalización. Con esta conceptualización este autor será uno de los defensores iniciales de la importancia de las estrategias de afrontamiento como mediadores en el proceso que produce el Síndrome de Burnout.

Muy similar a esta definición se encuentra la de Ganster y Schanbrock (1991) quienes exponen que el burnout es de hecho un tipo de estrés o bien, una destreza afectiva crónica como consecuencia de condiciones estresantes del trabajo que se dan en profesiones con altos niveles de contacto personal, esta respuesta podría estar relacionada con las estrategias de afrontamiento de la persona, según Leiter (1991) el burnout es un patrón de la función de afrontamiento del individuo, que está condicionado por las demandas organizacionales y los recursos exigidos, el síndrome incluiría una interacción compleja de factores cognoscitivos con respecto a las atribuciones causales

concernientes al trabajo y a las aspiraciones de progreso profesional. en esta misma línea, Kushnir y Melamed (1992) definen el Síndrome de Burnout como, el vaciamiento crónico de los recursos de afrontamiento, como consecuencia de la prolongada exposición a las demandas emocionales.

Más adelante, Gil (2001) explica que, entre los diferentes estilos de estrategias de afrontamiento, aquellas que pueden eliminar o mitigar la fuente de estrés son aquellas que están dirigidas al control o enfocadas en el problema, tales como, la habilidad de solucionar los problemas, el entrenamiento de la asertividad y entrenamiento de manejo del tiempo. Por otra parte, el uso de las estrategias dirigidas a la emoción, son aquellas que se relacionan con la evitación o escape, y que facilitan la aparición o gravedad de la fuente de estrés; al no emplear estrategias exitosas de manera reiterada, los trabajadores desarrollan una experiencia de fracaso profesional y en las relaciones interpersonales con los individuos hacia los que se destina el trabajo, haciendo entonces que se desarrolle el Síndrome de Burnout. Dicho síndrome resulta un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente y por la relación profesional organización.

Estas definiciones del Síndrome de Burnout permiten entonces que se vaya asentando una corriente de estudios que enlazan el dicho síndrome con las estrategias de afrontamiento al estrés. Entre las investigaciones que van por esta línea, se encuentra la realizada por Seidman y Zager (1991) estos autores exploraron si existen o no variables, en los profesores “quemados por el trabajo”, que estuviesen asociadas con un comportamiento adaptativo o desadaptativo de afrontamiento. Para ello emplearon una muestra de 365 sujetos a la que se le administró una Escala de profesores con Burnout, dicha escala se caracteriza por medir variables demográficas y conductas personales, y está conformada por 21-ítems tipo Likert, con 6 opciones de respuesta (Fuertemente de acuerdo,

fuertemente en desacuerdo, moderadamente de acuerdo, moderadamente en desacuerdo, ligeramente de acuerdo y ligeramente en desacuerdo), y cuatro sub-escalas, a) Satisfacción profesional, b) Apoyo administrativo percibido, c) Hacer frente a los problemas relacionados con el trabajo y d) Actitud hacia el estudiante.

El diseño de la investigación utilizado fue de tipo correlacional transversal, el análisis de los resultados se realizó por medio de una correlación momento-producto de Pearson, donde se encontraron relaciones significativas entre los problemas psicológicos y la subescala de hacer frente a los problemas relacionados con el trabajo de la escala de Burnout en profesores, siendo que los profesionales que presentan dificultades para hacer frente a los problemas estresantes relacionados con el trabajo presentan mayor incidencia de problemas psicológicos tales como Depresión e Insomnio (Depresión: r: 0,59 $p<0.001$; Insomnio: r:0,36 $p<0,001$), de igual forma, se encontró correlaciones significativas entre el desarrollo del Burnout en los profesionales que tienen dificultades en hacer frente a las situaciones de estrés, es decir cuya forma de afrontamiento es desadaptativa (Burnout: r:0,62 $p<0,001$).

De igual forma, la investigación realizada por Santander (2007), deja ver la relación existente entre las estrategias de afrontamiento al estrés y el Síndrome de Burnout. Dicho autor realizó un estudio cuantitativo, ex post facto retrospectivo simple, donde buscó describir y analizar la prevalencia del Burnout y las estrategias de afrontamiento al estrés más utilizadas por los miembros del equipo interdisciplinario de un Programa de Violencia Familiar. Para la medición de las variables, se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos; el Inventario de Burnout de Maslach (1981) el cual comprende la variable de Burnout en tres subdimenciones, Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal; y por último, el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Tobin, Holroyd y Reynolds (1984) categorizando la variable en tres subescalas,

estrategias de afrontamiento primarias (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, expresión de emociones, apoyo social, evitación del problema, pensamientos ansiosos, autocrítica y retirada social), secundarias (dirigida a la acción centrada en el problema, dirigida a la acción centrada en la emoción, no dirigida a la acción centrada en el problema y no dirigida a la acción centrada en la emoción) y por último, las terciarias (dirigidas a la acción y no dirigidas a la acción).

Estas escalas fueron administradas a 20 personas que representan el 67% de los trabajadores que conforman el equipo interdisciplinario del programa, con un rango de edades comprendidas entre 25 y 60 años. Los resultados obtenidos revelan que entre el 85% y 95% de la muestra, utilizan las estrategias de afrontamiento de resolución de problemas, apoyo social y reestructuración cognitiva, es decir, estrategias de afrontamiento primarias, sin embargo, las estrategias menos utilizadas dentro de esta categoría son retirada social y autocrítica, por su parte, las estrategias secundarias más utilizadas fueron las dirigidas a la acción centradas en el problema, dando como resultado la ausencia del Síndrome de Burnout, ya que el 60% de la muestra presentan bajos niveles de cansancio emocional y despersonalización, y alta realización personal. Resultados de esta naturaleza, confirman que, debido a que las estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas al problema son las que tienen como finalidad modificar la situación estresante, ya sea eliminando su causa o cambiando el significado considerando sus aspectos positivos, estas terminan funcionando como estrategias preventivas del síndrome.

Así mismo, Bracco y Reyna (2011), realizan un estudio con el mismo objetivo de la investigación anterior, ya que pretendían analizar las manifestaciones del Síndrome de Burnout en los acompañantes terapéuticos de pacientes que padecen alguna enfermedad (no especificadas), indagando tanto

las estrategias de afrontamiento empleadas, como la relación entre estas y dicho síndrome. Para ello utilizaron una muestra compuesta por 17 profesionales de Córdoba (Argentina) de ambos sexos, con edades comprendidas entre 22 y 53 años (M = 29.53 años,DT = 7.43).

Para indagar la relación entre estas dos variables los investigadores utilizaron el inventario de Burnout de Maslach, el cual comprende tres dimensiones, agotamiento emocional que se refiere a la sensación de no poder dar más de sí en el ámbito emocional y afectivo. Despersonalización que es el desarrollo de sentimientos de insensibilidad y actitudes negativas hacia los destinatarios de la labor profesional, y por último la realización profesional que se refiere a los sentimientos de improductividad o falta de logros en el desempeño profesional.

De igual forma, los autores utilizaron el Inventario de Estrategias de Afrontamiento en la versión española traducida por Cano, Rodríguez y García (2007) este inventario está conformado por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias, dentro de las que se destacan la reestructuración cognitiva, el apoyo social y resolución de problemas.

Los resultados de las relaciones que fueron significativas entre estas dos variables arrojaron que, en cuanto a la estrategia de Reestructuración Cognitiva se encontró una relación positiva con la realización profesional ($r = 0.54$, $p = 0.025$), esto es, mientras mayores estrategias de reestructuración cognitiva se utilizan para afrontar situaciones de estrés, mayor es la realización personal en el trabajo. Así mismo, la estrategia de Apoyo Social también mostró una relación positiva con Realización Profesional ($r = 0.623$, $p = 0.008$). Finalmente, Resolución de Problemas mostró relaciones significativas bajas con Agotamiento Emocional ($r = -0.468$, $p = 0.058$) y Realización Profesional ($r = 0.473$, $p = 0.055$), lo que significa

que los participantes con mayor capacidad de resolución de problemas presentan menos agotamiento emocional y más realización personal en el trabajo.

La investigación realizada por Herrera (2012), también apoya la relación existente entre Estrategias de afrontamiento al estrés y el Síndrome de Burnout, esta tuvo como objetivo la implementación de un programa de intervención cognitivo-narrativo a partir de la evaluación de las estrategias de afrontamiento y los niveles de Burnout, utilizando un diseño pretest-postest, en el equipo de madres SOS de la aldea Infantil SOS Floridablanca conformado por 13 mujeres con edades comprendidas entre 32 y 53 años. Para dicha investigación se utilizaron la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) para medir estrategias de afrontamiento al estrés, en la cual se identifican 12 estrategias de afrontamiento: a) solución de problemas, b) apoyo social, c) búsqueda de apoyo profesional, d) reacción agresiva, e) reevaluación positiva, f) autonomía, g) religión, h) evitación cognitiva, i) expresión de la dificultad de afrontamiento, j) evitación emocional, k) negación, l) espera. De las cuales, las primeras seis entran dentro de las denominadas estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, y las últimas seis como estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción. Por su parte, para medir los niveles de Burnout se utilizó la escala Maslach Burnout Inventory (MBI), la cual cuenta con 22 ítems que se distribuyen en tres escalas, a) agotamiento emocional, b) realización personal o disminución de la sensación de eficacia y, c) despersonalización.

Los resultados obtenidos, evidenciaron que, las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra tanto en el pretest como en el postets fueron Búsqueda de apoyo profesional, Reevaluación positiva y Solución de problemas, (promedio >75), siendo estas enfocadas en el problema. Junto a esto, se evidenció bajos niveles del síndrome de Burnout. Confirmando entonces que la utilización de estrategias de afrontamiento que permiten el uso de los propios

recursos cognitivos y que buscan una significación positiva y más adaptativa ante las situaciones estresantes, hacen que los sentimientos de despersonalización y agotamiento emocional disminuyen, y que, por el contrario, los sentimientos de satisfacción y autoeficacia sean más gratificantes y permanentes.

En este sentido, es posible entonces hacer referencia a la relación existente entre el estilo de afrontamiento ante situaciones estresantes y la incidencia del síndrome de Burnout.

Por su parte, estudios como el realizado por Payne (2001) pretenden encontrar la incidencia del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud ; este autor evalúa a 72 enfermeras con edades comprendidas entre 23 y 69 años, para detectar si los niveles de estrés y los factores demográficos actúan como predictores del síndrome de burnout, para ello, utilizaron el cuestionario de MBI de Maslach y Jackson, el cual evalúa las tres dimensiones que conforman el síndrome de burnout, siendo estas cansancio emocional, despersonalización y logro personal. Para la medición del estrés se utilizó la escala denominada “stress nurses scale” mientras que para conocer los datos demográficos se aplicó un formulario de información demográfica. Las fuentes de estrés tomadas en cuenta en el estudio fueron, notas obtenidas por las enfermeras, muerte y morir, conflicto entre las enfermeras y responsabilidad. Las variables demográficas tomadas en cuenta fueron edad, años de experiencia, educación y nivel de calificación del profesional.

Para el análisis de los resultados se realizó una descripción estadística de las variables con el método de regresiones múltiples lineales, la descripción estadística de los resultados se realizó por cada subescala del instrumento que mide el Síndrome de Burnout, encontrándose que en la subescala de despersonalización todas las variables en conjunto explican el 49% de la varianza,

donde un 23% es explicada por las situaciones estresantes, el 18% por hacer frente a las situaciones y el 8% por medio de las variables demográficas. Asimismo, la varianza de la variable cansancio emocional es explicada en un 47% por todas las variables en conjunto, siendo que el 22% es explicado por los eventos estresores, el 16% por hacer frente a las situaciones y el 9% por las variables demográficas. Por último, en la subescala de logro personal la varianza es explicada un 36% por todas las variables, donde las variables demográficas explican un 13%, hacer frente a las situaciones explican un 14% y por último las variables estresoras explican un 9%.

En conclusión, los resultados reflejan que las variables estresoras son las que tienen mayor incidencia en el desarrollo del Síndrome de Burnout, observándose que en el cansancio emocional y la despersonalización las situaciones estresantes influyen casi en un 50% de la varianza, a diferencia del logro personal donde las situaciones estresantes explican solo el 36%, por el contrario, las variables demográficas son las que menos influyen en dicho síndrome.

Todo esto confirma que los empleados de los servicios de salud están expuestos al estrés mental debido a su lugar de trabajo, por lo que dicha población es altamente vulnerable a padecer malestar físico y psicológico, así como a presentar pobres estrategias de afrontamiento que favorezcan su proceso adaptativo.

Otra investigación que sustenta lo anteriormente mencionado es la realizada por Popp (2008) quien midió el nivel de Burnout en enfermeras de unidades de terapia intensiva, utilizando una muestra de 53 enfermeras con edades comprendidas entre 24 y 54 años, a quienes se les administró el Inventario Burnout de Maslach y el Inventario de Modos de Afrontamiento de Lazarus y

Folkman, con respecto a la variable Burnout, esta estaba conformada por tres dimensiones, cansancio emocional, poca realización personal y despersonalización, mientras que las estrategias de afrontamiento podían ser dirigidas al problema, o bien dirigidas a la emoción. Las estrategias dirigidas al problema son, requerimiento de información, ejecución de acciones que resuelvan el problema y desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas; mientras que las dirigidas a la emoción son, aceptar con resignación la situación, control afectivo de las situaciones y descarga emocional.

Los resultados fueron analizados por medio de un análisis multivariado de varianza (MANOVA), siendo que, en cuanto a las diferencias en los modos de afrontamiento según el nivel de Burnout, en la dimensión cansancio emocional los resultados generales no fueron significativos (F=. 984; p = .494). Sin embargo, los análisis univariados revelaron resultados significativos con relación a control afectivo, considerada esta una estrategia de tipo emocional (F= 3,814; p = .033). Por otro lado, en cuanto a la despersonalización se hallaron resultados generales estadísticamente significativos [F = 3,145; p = .001).

A su vez, en los análisis univariados se encontraron diferencias significativas en ejecución de acciones que resuelvan el problema [F= 3,658; p = .037] y en el control afectivo [F= 3,360; p = .048]. Los contrastes *post hoc* revelaron que las diferencias en ejecución de acciones que resuelvan el problema se encontrarían entre las enfermeras con baja y alta despersonalización (p = .040). Siendo que, las enfermeras que utilizan dicha estrategia, presentan baja despersonalización. Finalmente, en la dimensión de realización personal, los resultados hallados fueron estadísticamente significativos [F=2,137; p = .021]. Además, los análisis univariados revelaron diferencias en análisis lógico [F= 5,001; p = .013] y en ejecución de acciones que resuelvan el problema [F= 7,160; p = .003].

En cuanto a las estrategias de afrontamiento se encontraron tendencias al uso de estrategias de análisis lógico [F= 2,737; p = .080], requerimiento de información o asesoramiento [F=3,021; p = .063] y desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas [F=3,292; p = .051].

En conclusión, la dimensión del Burnout que resultó tener relación significativa con las estrategias de afrontamiento fue la despersonalización, encontrándose que las enfermeras con baja despersonalización harían mayor uso de estrategias como el análisis lógico que las enfermeras con media y alta despersonalización. La utilización de la estrategia de afrontamiento y la ejecución de acciones que resuelvan el problema, disminuiría a medida que aumenta el nivel de despersonalización. El desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas sería más utilizado en un nivel bajo de despersonalización que en niveles más altos. Asimismo, el requerimiento de información o asesoramiento sería más frecuentemente utilizado por enfermeras con niveles altos y bajos de despersonalización. Además, el control afectivo sería más empleado en niveles medios de despersonalización y se utilizará en menor medida en niveles altos.

Finalmente, las enfermeras que presentaron niveles inferiores de Burnout utilizaron estrategias de afrontamiento tales como, análisis lógico de las situación problemática, sus causas, consecuencias y posibles soluciones como la ejecución de acciones que resuelvan el problema y el desarrollo de gratificaciones o recompensas; alternativas en otro tipo de fuentes de satisfacción, por ejemplo, relaciones sociales, actividades y desarrollo personal, es decir, que se halló diferencias significativas en las estrategias utilizadas en las enfermeras que presentan diferentes niveles de Burnout, principalmente en cuanto a las dimensiones despersonalización y baja realización personal, en donde, a mayor presencia de esta variable, mayor es el uso de estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción.

En esta misma línea, la investigación realizada por Hernández, Olmedo e Ibáñez (2004), buscó la relación existente entre las estrategias de afrontamiento al estrés y el Síndrome de burnout en 222 trabajadores del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria en Santa Cruz, Tenerife. Para medir la variable Síndrome de Burnout utilizaron el Cuestionario de Burnout para Enfermería, el cual es una adaptación del MBI de Maslach y Jackson (1981) y del Cuestionario breve de burnout de Moreno y Oliver (1992); el cuestionario utilizado consta de cuatro dimensiones para la variable Síndrome de Burnout lo cuales son, cansancio emocional, despersonalización, realización laboral y clima laboral. Por su parte para medir la variable Estrategias de afrontamiento, los investigadores utilizaron la escala Ways of coping Checklist (WOCQ) la cual es una versión revisada del Ways of Coping de Folkman y Lazarus (1985), esta escala aísla 8 factores que se integran en dos grupos, estrategias de afrontamiento centrados en la emoción y estrategias de afrontamiento centrados en el problema.

El resultado de las correlaciones realizadas por los investigadores, arrojaron que en general hay una ausencia o debilidad en la relación entre Estrategias de afrontamiento y el Síndrome de burnout, sin embargo, estos autores mencionan como relación destacable, la existente entre la estrategia de afrontamiento de evitación o escape, la cual entra dentro del grupo centrado en la emoción, con la escala general del burnout y su dimensión de agotamiento emocional ($r = 0,14$; $p < 0,05$; y $r = 0,17$; $p < 0,01$).

Por resultados de esta naturaleza autores como, Jackson, Schwab, y Schuler (1986) realizan un estudio en trabajadores de la salud, en donde expresan que rara vez las personas que presentan el síndrome de Burnout explicitan su necesidad de recibir guía y entrenamiento en las estrategias para el afrontamiento al estrés; dicha baja preparación deriva en una incapacidad para mantener el compromiso y la devoción que inicialmente brindaba su trabajo. De igual manera,

tienden a esperar por un tiempo más prolongado para recibir atención especializada trayendo como consecuencia, baja ética laboral, alto ausentismo y rotación, es entonces cuando se comienza a gestar el Síndrome de Burnout.

De igual forma, se ha encontrado que otra de las variables que influyen en la incidencia del Síndrome de Burnout es el contexto interpersonal en el que se ven inmersas las emociones del trabajador, así como las relaciones terapéuticas o de servicio que los cuidadores desarrollan con los receptores del cuidado, las cuales exigen un nivel permanente e intenso de contacto emocional y personal. Adicionalmente, la ocupación del cuidador implica el desinterés propio al poner como prioridad las necesidades del otro, lo que conlleva a trabajar horas de más, hacer lo que sea necesario para ayudar y hacer esfuerzos extras dando todo de sí, lo que desemboca en un desgaste físico y psicológico que trae como consecuencia el desarrollo del Síndrome de Burnout (Maslach, 2009).

Dentro de las investigaciones que sustentan lo anteriormente expuesto, y que evidencia que el contexto interpersonal en el que se ve inmerso el cuidador influye en el desarrollo del Síndrome de Burnout y otras consecuencias negativas en la salud, se encuentra la realizada por Pérez, Fulgencio y González (2013), la cual tenía como objetivo estudiar la relación entre las competencias y habilidades requeridas para el cuidado de infantes, con los niveles de Burnout experimentado por los trabajadores de estancias infantiles; para ello evaluaron a 58 empleadas de una cadena de guarderías con edades comprendidas entre 19 y 38 años, a quienes se les administró tres instrumentos, el primero de ellos fue una encuesta de variables sociodemográficas y laborales destinada a obtener información respecto a edad, estado civil, número de hijos, nivel académico, antigüedad tanto profesional como en la organización, tipo de puesto y contrato, si tenía personal a su cargo otro empleados, funciones realizadas y el turno en que laboraban.

El segundo, instrumento fue el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT) de Gil-Monte el cual evalúa, cuatro dimensiones independientes: ilusión por el trabajo (5 ítems), desgaste psíquico (4 ítems), indolencia (6 ítems) y culpa (5 ítems). Todos los ítems de este instrumento se evalúan mediante una escala tipo Likert de cinco grados que van de 0 = “nunca”, a 4 = “muy frecuentemente”. Es preciso aclarar que, para establecer el diagnóstico del Síndrome de Burnout, se requiere que no sólo se obtengan altas puntuaciones en las dimensiones de desgaste psíquico e indolencia, sino que, también se obtengan bajas puntuaciones en la dimensión de ilusión por el trabajo.

Se considera un caso grave cuando se presentan bajas puntuaciones en ilusión por el trabajo y altas puntuaciones en desgaste psíquico e indolencia; y será muy grave si aunado a esto, la persona presenta altos sentimientos de culpa. Finalmente, para la identificación de las competencias de atención y cuidado, se empleó el Cuestionario para la Evaluación de Adoptantes, Cuidadores, Tutores y Mediadores (CUIDA) de Bermejo el cual mide catorce variables: altruismo, apertura, asertividad, autoestima, capacidad de resolver problemas, empatía, equilibrio emocional, flexibilidad, independencia, reflexividad, sociabilidad, tolerancia a la frustración, capacidad de establecer vínculos afectivos y capacidad de resolución del duelo. De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el análisis de correlación de Pearson, el grado de dominio en 11 de las 14 habilidades evaluadas por el CUIDA, se correlacionaron negativamente con por lo menos una de las cuatro dimensiones de burnout, indicando que, a mayor dominio de las habilidades de cuidado infantil, hay menor probabilidad de desarrollar el Síndrome de Burnout.

Cabe resaltar que la capacidad de establecer vínculos afectivos, es la habilidad que más correlacionó con la probabilidad de minimizar las posibilidades

de presentar el síndrome, pues correlacionó negativamente con ilusión por el trabajo (r = -.346; p. = .008); con desgaste psíquico (r = -.410; p. = .001); indolencia (r = -.345; p. = .008); y culpa (r = -.378; p. = .003). Por otra parte, las capacidades que tuvieron menos correlaciones con el síndrome fueron asertividad, reflexividad y capacidad de resolución del duelo, pues son las que sólo presentaron correlación con una de las áreas del síndrome.

Todas estas investigaciones resultan relevantes para el presente estudio ya que evidencia la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés y otras variables como las competencias o habilidades requeridas por el cuidador o bien las condiciones del paciente a cuidar, con la incidencia del síndrome de Burnout. Así mismo, a partir de estas investigaciones es posible comprender que la incidencia del Burnout se ve influido por el estrés en el desempeño de diversas ocupaciones, tal y como lo expone Gil (2001) quien propone que dicho síndrome es un problema que surge con frecuencia en las organizaciones de servicio que trabajan en contacto directo con los usuarios de la misma, y específicamente en aquellas instituciones que se relacionan con el área de la salud.

Dentro de los profesionales catalogados como trabajadores en el área de salud se encuentran los trabajadores y/o cuidadores de interés para el presente estudio, los cuales laboran directamente con niños diagnosticados con algún tipo de trastornos del neurodesarrollo, entendiendo como cuidador la persona que mantiene la responsabilidad de proveer recursos a un paciente, con deficiencia en la capacidad para autosustentarse (Garrido, Figueroa, Fuentes, Quijada y Espinoza, 2008).

Entre los estudios realizados con cuidadores de niños con trastornos del desarrollo se encuentra la investigación realizada por Seguí, Ortiz y De Diego (2008), quienes trabajan con cuidadores de niños con trastorno del espectro

autista, los autores confirman que estas personas están expuestas a estrés constante y por ende se ven afectados directamente con el Burnout, dicho estudio fue realizado con el objetivo de evaluar los niveles de sobrecarga, así como el estado de salud mental y física en los cuidadores de niños diagnosticados de autismo.

Para ello se tomó una muestra de 40 cuidadores, casi en su totalidad cuidadoras, el estudio dio como resultado que los cuidadores formales o institucionales están más estresados, deprimidos y tienen peores niveles de bienestar subjetivo, salud física y autoeficacia, que los no cuidadores, lo que se traduce en pobres estrategias de afrontamiento ante situaciones estresantes. Por ende, se encontraron correlaciones positivas y significativas entre los niveles de sobrecarga y las dimensiones psicopatológicas y de salud evaluadas. Los niveles de sobrecarga de los cuidadores de niños diagnosticados de autismo son de aproximadamente 72.5%, situándose en el rango de sobrecarga intensa.

De igual forma, el resultado indica que existen diferencias estadísticamente significativas en la comparación de la muestra de cuidadores y no cuidadores. [χ^2 (2)= 27.65; p< .01]. Asimismo, las correlaciones con las dimensiones psicopatológicas son todas positivas, significativas y superiores a 0.30, exceptuando “ansiedad fóbica” (r= 0,08) Las correlaciones indican que las personas con mayor sobrecarga tienden a presentar mayores problemas psicopatológicos que aquellas con una menor sobrecarga. Las correlaciones más altas son obtenidas con “depresión” (r=0,62 correlación significativa al .01), “hostilidad” (r=0,59 correlación significativa al .01) y “psicoticismo” (r=0,62 correlación significativa al .01).

Del mismo modo, entre las investigaciones realizadas con los cuidadores de niños con trastornos del desarrollo destacan aquellas con cuidadores de niños

diagnosticados con déficit de atención e hiperactividad. Tal es el caso de la investigación efectuada por Contreras (2014), quien realizó un estudio descriptivo, cuantitativo en el que se encuestaron a 38 cuidadores familiares, a los que se le administró una encuesta sobre la sobrecarga del cuidador, los resultados obtenidos indican que el nivel de sobrecarga intensa predominó en un 47.4% frente a un 34.2% que no presentan sobrecarga, el autor llegó a la conclusión de que los cuidadores de niños con trastorno con déficit de atención, suelen ser en su mayoría mujeres que cuidan a sus hijos entre 19 y 20 horas al día y en las que prevalece una sobrecarga emocional intensa.

Otras investigaciones que trabajan el Síndrome de Burnout en cuidadores de niños con trastornos del desarrollo, son las referentes a los profesionales que trabajan con niños con alguna deficiencia física, como sordera y ceguera, tal es el caso de la investigación realizada por Bergadá, Neudeck, Parquet, Tisiotti y Dos Santos, (2005). Estos autores encontraron que entre las situaciones que producen mayores niveles de estrés se encuentra el trabajo con niños diagnosticados con discapacidades predominantemente física, el estudio demostró una elevada prevalencia del Síndrome de Burnout (18%) en aquellos profesores que trabajan con niños que sufren un trastorno del desarrollo de tipo físico.

En conclusión, en las diversas investigaciones anteriormente planteadas se evidencia la relación entre las variables relevantes para la presente investigación, como estrategias de afrontamiento en el cuidado de niños con trastornos del neurodesarrollo, donde se presentan situaciones de exigencia física y psicológica que influyen en la incidencia del Burnout, gracias a la sobrecarga y desgaste que sienten los cuidadores durante su jornada laboral.

Así mismo estas investigaciones demuestran que las características de los niños con trastorno del desarrollo, principalmente en el contexto interpersonal y

afectivo, influyen directamente en los cuidadores ya que el estar al servicio de estos niños, exige un nivel permanente e intenso de contacto emocional y personal que no resulta del todo recíproco (Seguí, Ortíz y De Diego, 2008).

Es por ello que todas las investigaciones y fundamentación teórica anteriormente planteadas resultan de vital relevancia para el presente estudio, ya que se ha evidenciado reiteradamente que tanto la jornada laboral, las características de los niños que presentan trastornos del neurodesarrollo y las estrategias que se utilizan para hacer frente a las situaciones estresantes que se pueden presentar durante el cuidado de estos niños, influyen en la salud psicológica y en el desarrollo del Síndrome de Burnout en los trabajadores que laboran en esta área de la salud. Finalmente, la presente investigación se enfocará en la población de cuidadores de niños con trastornos del neurodesarrollo de la zona de Caracas, población en la cual se ha hecho poca investigación en cuanto a las variables de interés, en búsqueda de consolidar mayor conocimiento en cuanto a su experiencia laboral y las consecuencias psicológicas que ésta trae para ellos.

Salud Psicológica

La salud es definida como un estado positivo de bienestar físico, social y mental que varía a lo largo de un continuo. En el polo del bienestar la salud es un estado dominante, mientras que en el polo opuesto se encuentra la enfermedad, la cual envuelve procesos destructivos que guía a los síntomas y discapacidades (Sarafino y Smith, 2011).

Durante mucho tiempo el concepto de Salud ha sufrido cambios y ha ido convirtiéndose en algo más complejo, abarcando no solo lo físico sino también lo psicológico tal y como es entendido por la Organización Mundial de la Salud (2016), quien lo define como:

> “Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Si se entiende la Salud como un proceso integral social, físico y mental que se da a lo largo de la vida, se asume que la forma en que se da el proceso depende en parte de la persona y por otra de las condiciones concretas en las que se encuentre inmerso el sujeto, que van a facilitar o dificultar esta condición. El resultado se traduce en bienestar psicológico y calidad de vida o en enfermedades físicas y psíquicas. Es por ello que, en el ámbito laboral, el estrés es uno de los responsables directos de las enfermedades físicas y psicológicas que afectan al trabajador, viéndose entonces afectado principalmente la salud mental o emocional mostrándose indicadores tales como: frustración, ansiedad/angustia, depresión, enojo, irritabilidad, baja autoestima, culpa, incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad y bloqueo mental (Durán, 2010).

La relevancia del estrés sobre la salud ha crecido constantemente, así como el aumento del estrés laboral en general y, específicamente en el personal que trabaja con pacientes con deficiencias en la capacidad para autosustentarse. Una consecuencia de ello ha sido el incremento del Burnout o desgaste profesional médico. Aunque las tasas de desgaste profesional pueden variar en función de contextos organizacionales y poblaciones específicas, todos los datos indican tasas altas de prevalencia en la población médica. (Mingote, Moreno y Gálves, 2004).

Esto ocurre debido a las características estresantes de las condiciones a las que estos profesionales están expuestos, relacionadas frecuentemente con un amplio abanico de síntomas físicos y psíquicos que repercuten en la salud del

profesional, en la propia organización, en la satisfacción laboral y en la calidad asistencial prestada. Entre las características que se han encontrado se destaca la relación con los pacientes y sus familiares, el contacto diario con la muerte y el dolor, la responsabilidad sobre la salud de terceros, el trabajo a turno diurnos y nocturno, la presión asistencial; la carga de trabajo, la presión social, el enfrentamiento a situaciones de emergencia y la incapacidad de realizar vínculos afectivos con el otro (Simpson y Grant, 1991).

Las respuestas a estas situaciones crónicas de estrés pueden conllevar al desarrollo del Burnout, dicho síndrome puede generar sobre la salud mental de la persona incapacidad de concentración, ansiedad, depresión, disfunción social, insomnio, irritabilidad e incremento del consumo de alcohol o drogas. Múltiples investigaciones encargadas del análisis del estrés laboral, el desgaste profesional y la salud general lo han hecho utilizando el General Health Questionnaire (GHQ) en sus diferentes versiones, ya que ha demostrado ser efectivo para la recolección de datos referentes a la salud o bienestar psicológico del individuo (Mingote, Moreno y Gálvez, 2004), por tanto, este será utilizado en la presente investigación.

Entre las investigaciones que podemos encontrar que utilizan dicho instrumento y que comparan las variables de interés para el presente estudio, se encuentra la realizada por Molina, García, Alonso y Cecilia (2003) quienes buscaban conocer el nivel de desgaste profesional y morbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid, los autores señalan una elevada prevalencia de Burnout (69,2%), ligeramente superior a la de otros estudios nacionales, y con una prevalencia de enfermedad psiquiátrica muy superior a la obtenida en estudios sobre la población general. Ambas variables se relacionan entre sí de forma directamente proporcional, de modo que se evidenció que las personas con mayor desgaste profesional tenían a su vez mayor prevalencia de morbilidad psiquiátrica, entendiéndose esto como la presencia de mayor cantidad

de casos con alguna alteración en la salud psicológica, las alteraciones más recurrentes fueron la ansiedad y la depresión.

Estos mismos autores, evidenciaron que, respecto a la comparación entre diversas especialidades médicas, había una mayor incidencia de malestar en la salud psicológica en general, y una mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas en aquellos profesionales que se mantienen en contacto directo con los pacientes, tales como atención primaria o especialidades de salud mental. Esto resulta relevante para la presente investigación en tanto que los cuidadores de niños diagnosticados con trastornos del neurodesarrollo se encuentran dentro de este grupo de personas llamadas especialistas de salud mental.

Esto parece congruente con lo encontrado por Evans, et al. (2006) quienes realizaron un estudio donde tenían como objetivo determinar los factores responsables del estrés, Burnout y satisfacción laboral en los trabajadores sociales de salud mental, para ello, midieron la salud psicológica de una muestra conformada por 237 empleados, a quienes se les administró el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) así como el Inventario de Burnout de Maslach (1986); dentro de los resultados encontrados, se destaca que altas demandas laborales, tales como la variabilidad del contexto y el ambiente, horas extras de trabajo a la semana, cantidad de carga laboral y el trabajo o no en equipo; se asocia con pobre salud psicológica y agotamiento emocional ($F=14.95$ (d.f.=2, 224) $P<0.001$).

Así mismo, esto coincide con lo obtenido por Seguí, Ortíz y De Diego (2008) quienes, en base a la extensa bibliografía revisada, exponen que los cuidadores de niños con autismo suelen puntuar por encima de la media en la mayoría de las dimensiones psicopatológicas, ya que encontraron correlaciones positivas, significativas y superiores a .30, siendo las correlaciones más altas con Depresión (r: .62 p/ .01) Hostilidad (r: .59 p/ .01) y Psicoticismo (r: .56 p/ .01). De

igual manera, Sawyer, et al. (2010) confirman que resultados de esta naturaleza se pueden atribuir a la sobrecarga y el estrés al que están sometidos los cuidadores, siendo fundamental la presión temporal percibida por los mismos, a la hora de predecir la salud mental.

Para fines de la presente investigación, la muestra a utilizar estará conformada por trabajadores formales de niños con trastornos del neurodesarrollo, más específicamente los trastornos a tomar en cuenta serán los que incluye el DSM-V en esta categoría, entre los que se encuentran discapacidad física como Déficit motores, Trastorno del Espectro Autista, caracterizado por dificultades en la socialización, problemas en la comunicación e intereses restringidos y repetitivos, Déficit de atención e hiperactividad, en el que destacan sobretodo problemas conductuales, y por último, Discapacidad intelectual, que se asocia con un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, entre otros trastornos asociados al desarrollo del niño.

Con respecto a esto, Lecavalier, Leone y Wiltz (2006) exponen que las características que presentan los niños con trastornos del desarrollo, terminan influyendo tanto en el nivel de estrés como en la salud psicológica del cuidador, esto fue observado en un estudio realizado por dichos autores, el cual tenía como objetivo estudiar la prevalencia del estrés en cuidadores de niños y adolescentes diagnosticados con Trastorno del espectro autista, específicamente buscaban conocer el efecto de las características de dicho trastorno en el nivel de estrés de los cuidadores, en este estudio se utilizó una muestra de 293 maestros y padres de niños con Trastornos del espectro autista a los que se les aplicó las escalas Parental Stress Index-Short Form e Index of teaching stress, para medir la variable estrés, Los datos obtenidos fueron analizados mediante una correlación la cual arrojó que las características del trastornos del espectro autista se relacionan significativamente con baja salud psicológica, donde los cuidadores de estos niños

tienen mayor incidencia de estrés, siendo los problemas de conducta la características reportada que tiene mayores repercusiones negativas en el cuidador (Maestros: t=1,45 correlación: 0,68 p<0.001 ; Padres: t=0,96 correlación:0,82 p<0.001).

Entre las investigaciones realizadas en este ámbito con trabajadores o cuidadores de niños con trastornos del desarrollo, se encuentra el estudio de Khanna, Suresh, Smith, Patrick y Becker-Cottrill (2011) quienes al igual que en el estudio anterior pretendían conocer cómo estaba siendo afectada la salud psicológica de los cuidadores de niños con trastorno del espectro autista. Para ello, realizaron una comparación de la salud psicológica en una muestra de 1039 familias con niños con autismo, con los de la población general de Estados Unidos, mediante la utilización de un instrumento denominado Medical Outcomes Study Short-Form Health Survey version 2 (SF-12v2), los resultados arrojaron que los cuidadores de los niños con autismo tenían puntuaciones en el test de salud psicológica más bajos que los de la población en general, sin embargo, a diferencia de lo encontrado en el estudio anterior, se evidenció una correlación negativa entre la magnitud de los problemas de conducta del niño con autismo y la salud psicológica del cuidador (r = -0.32; p \ 0,01), reflejando que no son los comportamientos agresivos, autolesivos e irritantes los que generan los problemas de salud psicológica en los cuidadores, sino que estos se deben a variables tales como la capacidad de vínculo, es decir la dificultad en establecer relaciones con las personas que le rodean, en la que se obtuvo una correlación positiva (r= 0,60; p \ 0,01) con el malestar psicológico del cuidador.

Otras investigaciones en el ámbito de la salud psicológica con cuidadores de niños con trastornos del desarrollo, son las realizadas con los cuidadores de niños diagnosticados con discapacidad intelectual en sus diferentes niveles, tal es el caso del estudio realizado por Zapata, Quiroga, Bastida, Charra y Leiva (2013),

quienes a partir de un estudio de tipo *ex post facto*, encontraron en una muestra de 30 padres de niños con retraso mental leve que estos poseían bajos niveles de salud psicológica y bienestar psicológico el cual influía en la calidad parental, que a su vez repercutía en el desarrollo de la autoestima, el rendimiento académico, los procesos cognitivos y la conducta de estos niños y/o adolescentes con retraso mental leve. Más específicamente los resultados reflejaron que el 47% (n=14) de los participantes mostraron bajos niveles de bienestar; a su vez el 30% (n=9) manifestó niveles moderados de bienestar psicológico, y finalmente el 23% (n=7) de los sujetos presentó alto niveles de bienestar psicológico.

Bajo esta misma línea, Amutio, Ayestaran y Smith (2008) realizaron un estudio donde pretendían conocer la prevalencia de los niveles de Síndrome de Burnout y del Bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco, así como determinar la relación entre estas dos variables y una serie de variables sociodemográficas. Finalmente buscaban evaluar el nivel de dureza emocional, estrategias de afrontamiento y cómo estas variables influyen en el Síndrome de Burnout y el Bienestar psicológico.

Para esto, utilizaron una muestra de 1275 profesionales de salud de diferentes hospitales, clínicas y centros de salud; entre los cuales el 41,1% era mayor de 45 años, a quienes se les administró el Cuestionario de Desgaste Profesional para los Profesionales de la Enfermería, el cual mide Desgaste Profesional (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal), Consecuencias (físicas, psicológicas, organizacionales y socio-familiares), Dureza emocional (compromiso, reto y control) y por último Estrategias de afrontamiento (Afrontamiento directo, búsqueda de apoyo social y evitación). De igual forma administraron, el cuestionario Smith Work/School Dispositions Inventory (SW/SDI) el cual evalúa el bienestar psicológico en forma de estados afectivos experimentado de forma habitual.

Dentro de los resultados obtenidos, cabe mencionar que a nivel general la prevalencia del síndrome no es alta (el 4.1% de los profesionales presenta niveles altos y un 52.1% manifiesta niveles medios), sin embargo, se aprecia una considerable prevalencia de profesionales sanitarios con niveles altos de cansancio emocional (28.8%), especialmente en los médicos (32.8%), estos resultados reflejan que en cuanto a los niveles de bienestar, tan solo el 8% de la muestra estudiada presenta niveles altos. Finalmente, se encontró evidencia de que en cuanto al bienestar, éste correlaciona negativamente con el Burnout (r:-0.47, p=0.00) y, particularmente, con el cansancio emocional (r: -0.50, p=0.00).

Esto permite concluir entonces que la salud psicológica general afecta y se relaciona de forma inversa con el síndrome de Burnout, lo cual resulta relevante para fines de la presente investigación considerando que es precisamente esa afirmación una de las hipótesis a corroborar.

Método

Problema de investigación

¿Existe relación entre Estrategias de afrontamiento al estrés, el Síndrome de Burnout, la Salud psicológica y Jornada laboral en los trabajadores que laboran con niños y jóvenes con trastornos del neurodesarrollo?

Hipótesis General

Existe relación entre Estrategias de afrontamiento al estrés, el Síndrome de Burnout, la Salud psicológica y Jornada laboral en los trabajadores que laboran con niños y jóvenes con trastornos del neurodesarrollo.

Hipótesis Específicas

-Relación directa entre Estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas a la emoción (Solución fantástica, evasión y conformismo, y reevaluación cognitiva) y agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la sensación de eficacia.

-Relación inversa entre Estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas al problema (Búsqueda de apoyo, afrontamiento activo y hacerse responsable) y agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la sensación de eficacia.

-Relación inversa entre Jornada laboral y Salud psicológica

-Relación directa entre Jornada laboral y agotamiento emocional, despersonalización y disminución de la sensación de eficacia

Definición de variables

Variables independientes

Jornada laboral

Definición Conceptual: Tiempo durante el cual el trabajador o trabajadora está a disposición para cumplir con las responsabilidades y tareas a su cargo, en el proceso social de trabajo. En base a la Ley Orgánica del Trabajo de los Trabajadores y Trabajadores, las jornadas laborales diurnas no podrán exceder de ocho horas diarias (Ley Orgánica del Trabajo los Trabajadores y Trabajadoras 2016).

Definición operacional: Cantidad de horas de trabajo en la institución, o bien dedicadas a trabajar directamente con los niños y jóvenes diagnosticados con algún trastorno del neurodesarrollo, reportadas por cada uno de los sujetos en las encuestas proporcionadas, siendo que las jornadas mayores a 8 horas, se consideran como una jornada de trabajo excedida.

Estrategias de afrontamiento al estrés.

Definición constitutiva: Esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).

En la presente investigación se adoptó la clasificación de las estrategias de afrontamiento derivada de la escala de Ways of Coping Scale (WOC) creada por Lazarus y Folkman (1986). Dicha escala fue revisada psicométricamente en Venezuela en el año 1989 por Berruete y Ochoa, y posteriormente adoptada por Llorens (1995) para ser revisada y modificada por Sapene y Tommasino en el año 2001 encontrándose las siguientes categorías de afrontamiento:

Estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción:

Solución fantástica: empleo del pensamiento y soluciones mágicas y fantásticas para resolver el problema para poder alejarse de la situación.

Reevaluación cognitiva: busca enfocar el problema de una manera que no se perciba tan amenazante, de forma que la persona pueda prepararse cognitivamente para afrontarlo.

Evasión y Conformismo: el sujeto intenta escapar de la situación y/o conformarse y aceptar pasivamente lo que está sucediendo, lo que hace que se disminuya el significado lesivo que pueda tener la situación.

Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema:

Búsqueda de apoyo e información: se refiere a la búsqueda de apoyo en otras personas con el fin de obtener soporte emocional y aumentar el nivel de información respecto al problema.

Afrontamiento Activo: consiste en adoptar una postura para encontrar

soluciones a los problemas planteados y supone cierto grado de hostilidad y riesgo.

Hacerse responsable: es el reconocimiento del papel que juega el sujeto en el problema y la búsqueda activa de tener más control sobre la situación.

Definición operacional: Puntuación obtenida por el sujeto por medio de la suma de las respuestas a cada ítem que conforman las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, y estrategias dirigidas al problema en las subescalas del Ways of Coping Scale (WOC) de Lazarus (1986), adaptada por Berruete y Ochoa (1989) y posteriormente modificada por Llorens, (1995) para ser revisada en su versión final utilizada en la presente investigación por Sapenne y Tommasino en el año 2001 (ver anexo A). El primer factor cuenta con 13 ítems y el segundo con 12 ítems, con dos opciones de respuesta cada ítem, En lo absoluto (0) y En alguna medida (1). La suma de las puntuaciones serán analizadas en función de, a mayor puntaje mayor uso de la estrategia de afrontamiento en particular.

Variables dependientes

Síndrome de Burnout.

Definición constitutiva: Síndrome de agotamiento emocional, despersonalización, y disminución de la sensación de la eficiencia personal, que suele presentarse en profesionales que laboran en ámbitos de servicio y que acarrea efectos negativos en el rendimiento laboral. Este síndrome tiene manifestaciones conductuales, fisiológicas y psicológicas, las cuales vendrían a construir la variable denominada síndrome de Burnout (Maslach, 1982).

La primera dimensión, agotamiento emocional, alude a la situación en la

que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo. Es una situación de agotamiento de la energía o de los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto "diario" y mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. La despersonalización por su parte, se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo. Estas personas son vistas por los profesionales de manera deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo. Por último, por disminución de la sensación de eficacia, se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden (Gil, 2001).

Definición operacional: Puntuación obtenida por el sujeto en cada una de las subescalas Agotamiento Emocional, Despersonalización, y Disminución de la Sensación de Eficacia Personal en la revisión de la versión en español del Inventario de Burnout de Maslach (1986) realizado por Moreno y Oliver, y validado en Venezuela por Sapene y Tommasino, (2001) (Ver anexo B). La primera subescala cuenta con 9 ítems, la segunda con 5 ítems y la tercera con 7 ítems, cada uno con cinco opciones de respuestas: Nunca, Algunas veces al año, Algunas veces al mes, Algunas veces a la semana y Diariamente. El rango de puntuaciones va desde el percentil 25 al 75, donde el percentil 25 se interpreta como niveles bajos del Síndrome, entre 25 y 75 a niveles medios y el percentil 75 se refiere a niveles altos del Síndrome.

Salud Psicológica.

Definición Conceptual: La Organización Mundial de la Salud (2016), define

salud psicológica como un estado mental de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, pudiendo afrontar las tensiones de la vida, trabajando de forma productiva y siendo capaz de contribuir a su ambiente, desembocando en un estado de completo bienestar físico, mental y social, dicho concepto no supone entonces solo la ausencia de afección o enfermedad.

Definición Operacional: Puntuación total obtenida de la sumatoria de las respuestas a los ítems de cada subescala del cuestionario de salud general de Goldberg (1979) validado y traducido posteriormente por Molina y Andrade (2002), y más adelante validado en Venezuela por Núñez y Socorro (2005). Dicho cuestionario cuenta actualmente con 27 ítems y se compone de cuatro sub-escalas, que evalúan síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave; en las cuales la sumatoria será interpretada como, a mayor puntaje peor estado de salud psicológica (ver anexo C).

Variable a controlar

Edad

Definición Conceptual: Cantidad de años o meses que ha vivido una persona (Real Academia española, 2017), más específicamente para fines del presente estudio, cantidad de años que tiene el niño al que se le está brindando la atención por parte del trabajador a evaluar, hasta el momento de la fecha del estudio.

Definición Operacional: Información otorgada por la institución de la edad de los niños y jóvenes que forman parte de esta, la cual debe estar entre los cuatro y dieciocho años de edad.

La variable edad será controlada mediante la técnica de homogenización, al recolectar una muestra de trabajadores que laboren únicamente con niños y

jóvenes cuyas edades estén comprendidas entre los cuatro y dieciocho años.

Tipo de investigación

De acuerdo con Kerlinger y Lee (2002) la presente investigación según el grado de control de las variables está enmarcada dentro de las investigaciones cuantitativas no experimental, expostfacto en tanto que se trata de:

> Una indagación empírica y sistemática en la cual el investigador no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentes, no manipulables, las inferencias entre las variables se hacen sin una intervención directa a partir de la variación concomitante de las variables dependientes y las variables independientes (p.394).

Se puede afirmar entonces que se cumple con las condiciones anteriormente propuestas, en tanto que la presente investigación consiste en una indagación empírica y sistemática en donde la variable independiente incluida en la investigación ya ha tomado su valor, por lo que se espera indagar cómo afecta a las variables dependientes.

Dentro de las investigaciones no experimentales, la presente resulta ser un estudio de campo, en tanto que las variables en estudio se miden en el medio natural donde ocurren dichos fenómenos, introduciéndose en la situación de campo sin esforzarse por producir el fenómeno y sin ejercer control sobre el mismo, asimismo se trata de una investigación de campo de prueba de hipótesis, ya que se parte de una hipótesis de investigación inicial sobre la posible relación entre variables y una vez en la situación de campo se miden las variables y se

deducen las posibles conclusiones sobre la veracidad o falsedad de sus hipótesis (Hernández, Fernández y Baptitsta, 2006).

Por otro lado, según el objetivo y el grado de conocimiento, el presente estudio se enmarca dentro de las investigaciones relacionales ya que este pretende determinar el grado, magnitud y dirección de la relación que existe entre Estrategias de afrontamiento al estrés, el Síndrome de Burnout, la Salud psicológica y la Jornada laboral, en las personas que laboran en las instituciones encargadas de atender a niños con trastornos del neurodesarrollo (Hernández et al., 2006).

Diseño de investigación

Debido a que el nivel de análisis del presente estudio es de tipo correlacional descriptivo, el modelo utilizado es el de una regresión múltiple, ya que se hicieron estimaciones del efecto que produce cada variable en combinación con las demás. Con su uso se calculó la magnitud, grado y dirección de las relaciones existentes entre las variables del estudio, asimismo, usando los datos obtenidos por el modelo fue posible predecir el valor de una variable a partir de la otra (Kerlinger, 1998).

Dada su naturaleza, Según Uriel (2013), el modelo de regresión lineal múltiple exige el cumplimiento de diversas condiciones, que se cumplen en el presente estudio, estas condiciones son:

Linealidad: las variables predichas deben depender de las variables predictoras de forma lineal, es decir que sus exponentes o potencias sean igual a uno.

Normalidad y equidistribución de los residuos: se llaman residuos las diferencias entre los valores calculados por el modelo y los realmente observados en la variable dependiente. para tener un buen modelo de regresión no es suficiente con que los residuos sean pequeños. La validez del modelo requiere que los mismos se distribuyan de modo normal y con la misma dispersión para cada combinación de valores de las variables independientes.

Número de variables independientes: este supuesto se refiere a que los errores o también llamados residuos de las variables explicativas o predictoras sean independientes entre sí.

Multicolinealidad: hace referencia, en concreto, a la existencia de relaciones aproximadamente lineales entre los regresores del modelo, cuando los estimadores obtenidos y la precisión de éstos se ven seriamente afectados.

Por otra parte, en cuanto al número de mediciones, se trata de una investigación de corte transversal, debido a que las variables fueron medidas y analizadas en un único punto del tiempo a un grupo de sujetos heterogéneo con respecto a su edad, sexo y profesión para así indagar acerca de los valores que adoptan dichas variables (Hernández et al., 2006).

Diseño muestral

El universo al cual estuvo dirigido este estudio se conformó por los trabajadores del sector de la salud que laboran con personas enfermas que no puedan autosustentarse, que padezcan algún tipo de trastorno o que demanden alta carga de atención. En el caso específico del presente estudio, la muestra objetivo estuvo constituida por trabajadores institucionales de ambos sexos de las fundaciones o institutos, públicos o privados que estén ubicados en el Distrito

Capital, Caracas, Venezuela y que estén encargados de trabajar específicamente con niños y jóvenes con edades comprendidas entre los 4 y 18 años diagnosticados con trastornos del neurodesarrollo. Estos niños debieron haber sido previamente diagnosticados con algún tipo de trastorno del neurodesarrollo, y esto fue verificado en el historial de cada uno, las instituciones que formaron parte de la muestra, trabajan específicamente con niños y jóvenes diagnosticados con alguno de los siguientes trastornos, Discapacidad intelectual, Trastorno del espectro autista, Déficits Físicos, Déficit de atención e hiperactividad, y Trastorno del aprendizaje. Los trabajadores que formaron parte de la muestra se encuentran actualmente laborando en alguna de las siguientes instituciones: Cepia, Invedin Márquez e Invedin Bello Monte, Sovenia, Center, Instituto Dr. J Orellana, Instituto Dr. Pastor Oropeza (Ebel), Grupo Aldeca e Instituto Vista Alegre.

Estos sujetos fueron elegidos por medio de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, dado que las unidades de análisis no se eligen al azar (Kerlinger y Lee, 2002), de esta forma cada uno de los casos fueron escogidos en función de criterios particulares establecidos por las investigadoras, tales como, que los trabajadores debían pertenecer a las instituciones seleccionadas, estar activos laboralmente para el período 2017 - 2018, y trabajar específicamente con niños y jóvenes de edades entre los 4 y los 18 años que padezcan de algún trastornos del neurodesarrollo.

El tamaño de dicha muestra fue seleccionado de acuerdo al análisis de regresión múltiple propuesto como diseño de investigación del presente estudio, considerando las variables propuestas en el objetivo de la investigación como punto de partida, se estimó un mínimo de 20 sujetos por variable independiente incluyendo cada una de las dimensiones que las conforman; tomando en cuenta que en el presente estudio cuenta con dos variables independientes, Estrategias de afrontamiento al estrés la cual se conforma por dos dimensiones y Jornada

laboral como variable unidimensional, dando un total de 3 dimensiones por 20 sujetos cada una, la muestra debe estar constituida por al menos 60 sujetos (Peña, 2009).

Sin embargo, debido a la complejidad del estudio se decidió tomar en cuenta las seis subescalas pertenecientes a las dos dimensiones de estrategias de afrontamiento más la variable unidimensional, para hacer la muestra aún más representativa, por ello, la muestra fue calculada contando con 7 dimensiones, dando un total de 140 sujetos, además, se pudo evidenciar por la literatura revisada que no existe un consenso definitivo de cuantos sujetos por número de variable deben estar presentes cuando se trata de una regresión lineal múltiple. Según Gardner (2003), hay distintos criterios en cuanto a la cantidad de sujetos necesarios para la regresión lineal múltiple los mismos van desde indicar una cantidad mínima de 5 sujetos por predictor, hasta sugerencias de 30 sujetos por predictor, mientras que algunos sugieren que siempre hay que tener por lo menos una muestra de 400 sujetos necesarios para la regresión lineal múltiple, debido a esto, se consideró pertinente aumentar la muestra a 140 sujetos todos ellos trabajadores activos en el presente año (2017-2018) institucionalizados y que laboran con niños y jóvenes de entre 4 y 18 años que estén diagnosticados con algún trastorno del neurodesarrollo.

Instrumentos

Ways of Coping Scale (WOC) de Lazarus y Folkman (1986)

La escala Ways of Coping Scale (WOC) mide estrategias de afrontamiento al estrés, dicho instrumento fue traducido al español por María Zaplana y revisado por Manuel Valdés, siendo publicado en el libro “estrés y proceso cognitivos” de la

Editorial Española Martínez Roca en 1986 (Lazarus y Folkman, 1986). Posteriormente fue validada en Venezuela por Berruete y Ochoa en 1989, quienes redujeron el total de ítems originales (67) a 43 ítems ya que los ítems eliminados no presentaron correlaciones significativa con el puntaje total y no se relacionaban con el análisis factorial que se había efectuado, todo esto dando como resultado una confiabilidad Alpha de Cronbach de 0,881 (Sapene y Tommasino, 2001).

En la presente investigación se emplea la versión de la escala adaptada por Llorens en 1995 y corregida posteriormente por Sapene y Tommasino en el año 2001, Llorens realizó una versión reducida de la adaptación de Berruete y Ochoa, esta nueva adaptación arrojó un Alpha de Cronbach de 0,746. Así mismo, Llorens, basado en las críticas de la adaptación anterior, decidió reducir el número de ítems 43 a 28, además redujo el número de opciones de respuesta pasando de ítems tipo Likert a respuestas dicotómicas, donde las opciones son “En absoluto” (0) y “En alguna medida” (1), todo esto para evitar las distorsiones de interpretación que los sujetos realizaban en cuanto al tipo de respuestas que debían dar.

Posteriormente, en el año 2001, Sapene y Tommasino calcularon nuevamente la confiabilidad para dicha escala en una muestra de 97 personas que laboran con niños de la calle e institucionalizados, encontrando que los ítems 6, 17, 18 y 25 aportan muy poco para la confiabilidad de la escala por lo que se decide eliminarlos, la confiabilidad de dicha escala termino siendo de 0,7206 (Sapene y Tommasino, 2001).

En la presente investigación se utiliza entonces la escala de 24 items modificada por Sapene y Tommasino, en esta versión se utilizan seis subescalas que se presentan a continuación, junto con los ítems que la conforman:

Solución Fantástica, compuesta por los ítems: 4, 19, 21, 22 y 23.

Búsqueda de Apoyo e Información, compuesta por los ítems: 2, 5, 9, 10 y 14

Evasión y Conformismo, compuesta por los ítems: 1, 4, 7, 8, 11 y 28.

Afrontamiento Activo compuesta por los ítems: 12, 13, 15 y 16.

Hacerse responsable, compuesta por los ítems: 3, 20 y 24.

Y por último Reevaluación Cognitiva, compuesta por los ítems: 24, 26, 27 y 28.

La razón por la cual el instrumento se divide en las seis subescalas anteriormente propuestas es debido a que Llorens (1995) expone que las estrategias de Búsqueda de apoyo e información, Afrontamiento activo y Hacerse responsable son consideradas estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, ya que presentan componentes conductuales, a su vez, las estrategias de Solución fantástica, Evasión y conformismo y Reevaluación cognitiva son consideradas estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción siendo estas últimas orientadas a reducir los sentimientos negativos. Finalmente, la suma de las puntuaciones de cada subescala será analizada en función de, a mayor puntaje mayor uso de la estrategia de afrontamiento en particular.

Instrumento de Burnout (MBI-R)

Instrumento de Burnout cuyas siglas son (MBI-R) validado en Venezuela para ser utilizado en una tesis de grado de la Universidad Católica Andrés Bello, por Sapene y Tommasino (2001), en donde tomaron como referencia la adaptación hecha por Moreno y Oliver en España del cuestionario original de Maslach (1986), la escala está conformada por tres subpruebas que permiten medir cada una de las tres de dimensiones en la que está constituida la variable

de Burnout, las cuales son Agotamiento Emocional, Despersonalización y Disminución en la Sensación de Eficacia, estas subescalas se componen por los siguientes ítems tipo Likert:

Agotamiento Emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Disminución en la Sensación de Eficacia: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Despersonalización: 5, 10, 11, 15, 22.

La readaptación a la población venezolana, incluyó una muestra de 96 estudiantes de cuarto y quinto año de Educación; las modificaciones realizadas en el instrumento giraron en torno a la redacción de los ítems y el vocabulario empleado. En cuanto a la confiabilidad se obtuvo un coeficiente Alpha de 0,7616 empleando 21 de los ítems dado que se eliminó el ítem número siete por su baja carga en las subescalas. La subescala de agotamiento emocional arrojó un Alpha de 0,7494, la subescala de disminución en la sensación de eficacia arrojó un coeficiente de 0,6735 y para despersonalización 0,5757. De estos tres componentes extraídos se realizó una rotación varimax, de donde se concluye que estos explican el 37,200% de la varianza total.

Debido a la eliminación del ítem 7 en la readaptación a la población venezolana, las cargas de los ítems en cada una de las subescalas quedan de la siguiente forma

Agotamiento Emocional: 1, 2, 3, 6, 7, 13, 14, 16, 20.

Disminución en la Sensación de Eficacia: 4, 8, 11, 16, 17, 18, 20.

Despersonalización: 5, 9, 10, 14, 21.

Con fines de ponderar el nivel de presentación de los síntomas del

Síndrome de Burnout, se considera la variable como continua donde pueden ubicarse las puntuaciones de los sujetos para cada subescala en percentiles, el rango de estos va desde el percentil 25 al 75, donde el percentil 25 se interpreta como niveles bajos del síndrome, entre 25 y 75 niveles medios de presentación del síndrome y el percentil 75 se refiere a niveles altos del síndrome.

En el estudio realizado por Sapene y Tommasino (2001), los puntajes obtenidos para la escala global de Burnout fueron de 16,7629; siendo la desviación típica de 10,5037; un puntaje mínimo de o y un puntaje máximo de 48. Con respecto a las subescalas, en la de agotamiento emocional se obtuvo una media de 9,2990, una desviación típica de 6,2236; un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 30. En esta subescala los datos se distribuyeron de modo leptocúrtico (kurtosis= 1,057) acumulándose la mayoría de los datos en los puntajes inferiores (asimetría=0,989).

En la segunda subescala, correspondiente a la disminución de la sensación de eficacia, los puntajes medios estuvieron alrededor de 4,0206, con una variación de los puntajes de 4,3277, un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 30. En esta subescala los datos tienden a distribuirse de modo leptocúrtico (Kurtosis=2,103) acumulándose la mayoría de ellos en los puntajes inferiores (asimetría=1,41).

Por último, en la subescala tres perteneciente a la dimensión de despersonalización, se obtuvo una media de 3,4433, con una desviación típica de 3,4550; un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 16. En esta subescala los datos se distribuyeron de forma leptocúrtica (kurtosis= 2,213) acumulándose la mayoría de los datos en los puntajes inferiores (asimetría=1,38).

Cuestionario de salud general de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28)

El cuestionario de Salud General a utilizar, fue diseñado por Goldberg en 1979 con el fin de evaluar la situación actual del individuo en relación a su salud mental, dicho instrumento cuenta con 28 ítems y cuatro subescalas, las cuales son, síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave, siendo una escala tipo Likert con las opciones de respuesta de “No, en absoluto” (1) a “Mucho más que lo habitual” (3), observando que luego de realizar los cálculos pertinentes, a mayor puntuación que se obtenga en los resultados, menor salud psicológica presenta (Molina y Andrade, 2002).

Posteriormente dichos autores realizaron una validación en español por medio de un análisis de componentes principales, donde tomaron los primeros cuatro factores que explican el 50,2% junto con sus respectivos ítems, los cuales fueron:

1) Síntomas somáticos compuesto por los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7

2) ansiedad e insomnio conformado por los ítems 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14

3) disfunción social, donde se encuentran los ítems 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21

4) depresión grave, donde se encuentran los ítems 22, 23, 24, 25, 26, 27 y 28, respectivamente.

Más adelante Núñez y Socorro (2005), realizaron una investigación en Venezuela en una muestra de 469 estudiantes universitarios de postgrado de la Universidad Católica Andrés Bello, en la cual se realizó una descripción de los componentes de la escala y un análisis psicométrico de la misma, en este se

encontró una consistencia interna alta y significativa de α=0.90. Todos los ítems correlacionaron con la prueba de manera significativa (de 0,26 a 0,67), a excepción del número 15 el cual correlacionó de manera baja (α=0,14), por lo que se eliminó de la escala original de 28 ítems dando como consecuencia una escala de 27 ítems, el análisis de componentes principales con un valor de 1, dio como resultado que los 4 factores explican el 50.5% de la varianza total, donde el primer factor explica el 14,9% el segundo explica el 13,1% el tercer factor explica el 11,5% y el cuarto el 10,9%. Por último, Núñez y Socorro realizaron una rotación varimax con un punto de corte de 0,40 dando lugar a que todos los ítems cargaban en alguno de los factores a excepción del número 15. Debido a esto, en la presente investigación, se eliminará el ítem número 15 y la escala será corregida mediante la suma de cada uno de los cuatro factores que conforman la escala, haciendo referencia entonces a mayor o menor presencia de problemas de salud, donde a mayor puntaje peor es el estado de salud del sujeto.

Una vez eliminado el ítem 15, las subescalas quedan de la siguiente forma, subescala de ansiedad e insomnio, conformada por los ítems 8, 9, 10, 11, 12, 13 y 14. El segundo factor se conformó por los ítems 22, 23, 24, 25, 26 y 27 haciendo relación a la subescala de depresión grave, el tercer factor correspondiente a la subescala de disfunción social y se compone por los ítems 15, 16, 17, 18, 19 y 20, y por último el cuarto factor se compone por los ítems 1, 2, 3,4, 5, 6 y 7 aludiendo a la subescala de síntomas somáticos.

Procedimiento

Primeramente, se procedió a contactar a Cepia, Invedin Márquez e Invedin Bello Monte, Sovenia, Center, Instituto Dr. J Orellana, Instituto Dr. Pastor Oropeza (Ebel), Grupo Aldeca e Instituto Vista Alegre. Instituciones estas que se encargan

de trabajar con niños y jóvenes con trastorno del neurodesarrollo, ubicadas en el Distrito Capital, Caracas, Venezuela, en donde se solicitó la autorización para que permitieran que sus trabajadores formen parte de la muestra del presente estudio, en dicha autorización se planteó el objetivo de la investigación, la duración aproximada de la administración de las pruebas y las condiciones de la muestra de interés.

Una vez que fue realizado el contacto y aceptada la invitación y consentimiento para la participación de los trabajadores en la investigación, se procedió a solicitar de manera escrita el consentimiento informado de los participantes para así proceder a realizar la administración de las pruebas, dicha aplicación se realizó de manera colectiva en una sola sesión, entregándole a cada uno de los trabajadores los instrumentos seleccionados para la medición de las variables en estudio (Formato de reporte acerca de la cantidad de horas de trabajo y turno en la institución, la escala “(WOC) Ways of CopingScale de Lazarus y Folkman (1986), (MBI-R) el Inventario de Burnout, y el (GHQ-28) Cuestionario de Salud General de Goldberg). Posteriormente se les solicitó que siguieran las instrucciones especificadas en cada una de las escalas tomándose el tiempo que consideren necesario para completarlas.

Luego de haber recolectado los datos, se procedió a la transcripción y codificación de las respuestas dadas a cada uno de los ítems que conforman los instrumentos con el uso del Software de Excel, posteriormente, las escalas se corrigieron mediante el cálculo de las puntuaciones obtenidas a partir de las respuestas dadas a los ítems de los inventarios. Más específicamente, la escala “Ways of CopingScale” (WOC) de Lazarus y Folkman (1986) así como el del Instrumento de Burnout (MBI-R), se analizaron mediante el cálculo de las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas o bien dimensiones que conforman las pruebas (en el caso de las estrategias de afrontamiento, los dos

tipos, y en el caso del Síndrome de Burnout las tres dimensiones que lo componen), mientras que el Cuestionario de Salud General (GHQ-28), se analizó calculando las puntuaciones totales de las cuatro subescalas, al sumar las respuestas dadas a los ítems del inventario.

Una vez corregidas las pruebas, se realizó el análisis estadístico de los datos con el apoyo del programa de computación Stadistical Package The Social Sciences (SPSS) versión 22.0. En primer lugar, se procedió a realizar el análisis previo de los datos obtenidos para conocer los descriptivos de la muestra, utilizando los estadísticos de tendencia central, tales como media, desviación típica, asimetría y curtosis. Posteriormente, para todas las escalas se calculó el coeficiente de confiabilidad alpha de Cronbach y se consideró aceptable un $\alpha>.70$, como es recomendado por Hair, Anderson, Tathan y Black (2007).

Seguidamente se procedió a comprobar los supuestos para la regresión múltiple a realizar, la normalidad del análisis factorial fue verificada por medio de la asimetría y curtosis; por otro lado, el supuesto de linealidad fue evaluado mediante la prueba de Durvin Watson esperando que la media aritmética de los errores de medida sean 0 se aproximen a 0. Además, para la evaluación del supuesto de multicolinealidad se realizó el cálculo de la Tolerancia y el VIF para cada una de las regresiones propuestas (Pérez y Medrano, 2010).

Finalmente, se procedió a realizar cuatro regresiones múltiples en la que se pretendía comprobar la dirección y magnitud de las relaciones propuestas en las hipótesis, la primera fue de las variables estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción y cada una de las subdimensiones que conforman el síndrome de burnout, la segunda regresión se introdujo las variables de estrategias de afrontamiento dirigidas al problema y cada una de las subdimensiones que conforman el síndrome de burnout, la tercera regresión estuvo conformada por

jornada laboral y la salud psicológica, y por último, se plantea una regresión que incluye jornada laboral y las subdimensiones del Síndrome de Burnout. Finalizando con la discusión de resultados, las conclusiones y recomendaciones.

Análisis de datos

Análisis Psicométrico

En una primera etapa de análisis de resultados se llevó a cabo el análisis de confiabilidad y validez para la escala de Ways of Coping Scale (WOC) de Lazarus y Folkman (1986), el Cuestionario de salud general de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28). y el Instrumento de Burnout (MBI-R).

La confiabilidad de Ways of Coping Scale (WOC) de Lazarus y Folkman (1986) (Ver tabla 1), se determinó a partir del estadístico Alpha de Cronbach encontrándose un coeficiente de confiabilidad moderado (α=0,770) donde el ítem 19 (fantaseé o imaginé el modo en que podían cambiar las cosas) fue el que obtuvo la mayor correlación con la escala total (r=0,530), mientras que el ítem 15 (me prometí a mí mismo que las cosas serían distintas la próxima vez) no correlacionó con el total de la escala (r=-0,19), por ende, al eliminar dicho ítem, se estima que la confiabilidad de la escala aumentaría a (α=0,775). Todos los demás ítems tienen una adecuada carga en la confiabilidad del test.

Tabla 1.

Correlación total de los elementos del Ways of Coping Scale (WOC) de Lazarus y Folkman (1986).

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
EA1	15,7643	16,512	,198	,769
EA2	15,4357	16,118	,432	,756
EA3	15,6286	15,760	,419	,755
EA4	15,9929	16,583	,210	,768
EA5	15,3929	16,542	,370	,760
EA7	15,8571	16,339	,246	,766
EA8	15,5714	16,189	,323	,761
EA9	15,4071	17,020	,164	,769
EA10	15,5286	16,352	,298	,763
EA11	15,7857	16,486	,205	,769
EA12	15,6714	16,524	,204	,769
EA13	15,3286	17,301	,136	,769
EA14	15,5286	16,424	,276	,764
EA15	15,3643	17,543	-,019	,775
EA16	15,4857	15,949	,456	,754
EA19	15,4643	15,804	,530	,750
EA20	15,4786	16,597	,254	,765
EA21	15,7214	16,001	,333	,760
EA22	15,6429	15,512	,483	,750
EA23	15,6571	15,579	,459	,752
EA24	15,7571	15,754	,394	,756
EA26	15,6357	16,075	,330	,760
EA27	15,6714	15,661	,433	,754
EA28	15,8000	16,578	,182	,771

En relación al Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28) (Ver tabla 2). La confiabilidad se determinó a partir del estadístico Alpha de Cronbach encontrándose un coeficiente de confiabilidad alto (α=0,848), donde se observa que los ítems 1 (¿se ha sentido perfectamente bien de salud y en buena forma?), 18 (¿ha sentido que ha desempeñado un papel útil en la vida?), 19 (¿se ha sentido capaz de tomar decisiones?) y 21 (¿ha pensado que usted es una persona que no vale la pena para nada?), correlacionaron negativamente con el total de la escala (ítem1:r=-0,41 ; ítem 18:r=-0,14 ; ítem 19:r=-0,39 ; ítem 21: r=-

0,182), dejando ver que son ítems inconsistentes, principalmente el ítem 1, el cual al ser eliminado se estima un aumento en la confiabilidad de α=0,869. Es recomendable revisar la redacción de dichos ítems, puesto que es probable que el problema radique en la interpretación de estos por parte de los sujetos, al ser comprendidos de manera inversa por la mayoría de los encuestados.

Tabla 2.

Correlación total de los elementos del Cuestionario de Salud General de Goldberg de 28 ítems (GHQ-28).

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SP1	24,5857	119,971	-,406	,869
SP2	24,4786	100,295	,502	,839
SP3	24,6214	100,841	,528	,838
SP4	24,8929	100,168	,576	,836
SP5	24,5071	100,525	,522	,838
SP6	24,7429	99,214	,561	,837
SP7	25,0500	101,300	,504	,839
SP8	24,7143	99,170	,581	,836
SP9	24,6643	99,750	,547	,837
SP10	24,4786	98,165	,651	,833
SP11	24,7214	98,145	,649	,833
SP12	25,2429	101,351	,563	,837
SP13	24,9929	99,302	,622	,835
SP14	24,8857	98,318	,636	,834
SP16	24,8714	105,005	,380	,844
SP17	23,9929	111,288	,042	,853
SP18	23,8214	112,133	-,014	,855
SP19	23,3214	112,637	-,039	,855
SP20	23,5714	109,657	,134	,851
SP21	23,9071	115,308	-,182	,862
SP22	25,5857	107,554	,468	,843
SP23	25,5286	105,949	,567	,841
SP24	25,6429	108,246	,508	,844
SP25	25,6000	107,235	,495	,843
SP26	25,3643	103,485	,574	,838
SP27	25,6571	109,450	,325	,846
SP28	25,6857	110,749	,275	,847

Confiabilidad de cada una de las dimensiones de del Maslach Burnout Inventory (MBI-R).

Por su parte, en cuanto a la confiabilidad del Maslach Burnout Inventory (MBI-R), se sabe que la escala está compuesta por tres dimensiones claramente diferenciadas las cuales guardan relación teóricamente en tanto que miden un mismo constructo, no obstante, se sabe que estas no son homólogas, es por esto que se decide realizar los análisis de confiabilidad de cada dimensión por separado y así determinar la consistencia interna de la misma.

En cuanto a la confiabilidad de la subescala de Agotamiento emocional (Ver tabla 3), se evidenció un coeficiente de confiabilidad moderado (α=0,721), siendo que todos los ítems correlacionaron con la subescala total. Por ello, eliminar o modificar algún ítem no mejoraría la confiabilidad de esta subdimensión.

Tabla 3.

Correlación total de los elementos de la subescala de Agotamiento emocional del Maslach Burnout Inventory (MBI-R).

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SB1	10,3429	26,342	,419	,696
SB2	8,3214	23,371	,560	,665
SB3	9,2357	24,181	,471	,682
SB6	9,9357	24,924	,464	,685
SB7	9,7143	22,954	,526	,670
SB12	10,1714	26,661	,295	,713
SB13	9,8714	26,242	,307	,712
SB15	10,2571	26,653	,293	,714
SB19	9,8071	25,250	,269	,727

En relación a la confiabilidad de la subescala de Despersonalización (Ver tabla 4), se evidenció un Alpha de Cronbach levemente inferior al criterio mínimo para su utilización en investigaciones (α=0,619) tomando en cuenta que dicho criterio es de (α=0,70), siendo que el ítem 14 (siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo) fue el que obtuvo la correlación más baja, al eliminar este ítem se aumenta la confiabilidad (α=656), sin embargo, recomendar agregar ítems nuevos o modificar los ya existentes, seguiría siendo insuficiente para considerarla apta en ámbitos de investigación.

Tabla 4.

Correlación total de los elementos de la subescala de Despersonalización del Maslach Burnout Inventory (MBI-R).

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SB5	2,2000	5,830	,369	,567
SB9	1,7357	4,498	,487	,498
SB10	1,9429	4,889	,516	,482
SB14	2,1929	7,049	,138	,656
SB21	1,9857	5,899	,355	,574

Por último en cuanto a la subescala de Sensación de disminución de eficacia (Ver tabla 5), se obtuvo un coeficiente de confiabilidad baja (α=0,577) en el criterio de investigaciones cuantitativas, siendo que el ítem 8 (siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo) no correlaciona en lo absoluto con dicha subescala, y al ser eliminado se estima un aumento de la confiabilidad a (α=0,636), sin embargo, también se sugiere agregar ítems nuevos ya que solo eliminar el ítem inconsistente seguiría siendo

insuficiente para considerarla apta en ámbitos de investigación.

Tabla 5.

Correlación total de los elementos de la subescala de Sensación de la disminución de eficacia del Maslach Burnout Inventory (MBI-R).

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SB4	20,1357	11,845	,125	,589
SB8	20,2786	12,231	,000	,636
SB11	20,6214	10,697	,224	,565
SB16	20,2929	10,093	,330	,526
SB17	20,2429	9,883	,424	,495
SB18	20,1500	10,013	,483	,483
SB20	20,9071	7,351	,546	,411

Finalmente, es relevante mencionar que, cada una de las dimensiones del Maslach Burnout Inventory (MBI-R) cuentan con pocos ítems, por ello, al evaluarse la escala total los resultados de confiabilidad no son adecuados, impidiendo esto hablar de consistencia interna, debido a que las tres dimensiones no mostraron correlaciones entre sí. Sin embargo, es posible trabajar con los valores arrojados por cada subescala por separado, debido a esto, es recomendable la revisión del instrumento en cuanto a la pertinencia de mantener las 3 subdimensiones juntas midiendo un mismo constructo, puesto que se evidencia correlaciones negativas en distintos ítems que afectan la consistencia de la escala en general, como por ejemplo, los ítems 4 (siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender) 11 (me siento con mucha energía en mi trabajo) y 20 (siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada) (Ver tabla 6).

Tabla 6.

Correlación total de los elementos de la escala total Maslach Burnout Inventory (MBI-R).

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregidos	Alpha de Cronbach si el elemento se ha suprimido
SB1	36,6286	33,732	.240	.398
SB2	34,6071	30,283	.426	.342
SB3	35,5214	30,568	.395	.349
SB4	33,6071	38,384	-.220	.473
SB5	36,9286	33,937	.228	.400
SB6	36,2214	31,023	.415	.352
SB7	36,000	29,928	.396	.343
SB8	33,7500	37,254	-.110	.463
SB9	36,4643	32,596	.239	.391
SB10	36,6714	32,884	.275	.387
SB11	34,0929	40,114	-.338	.508
SB12	36,4571	33,847	.169	.409
SB13	36,1571	32,810	.236	.393
SB14	36,9214	36,202	.023	.435
SB15	36,5429	33,948	.158	.411
SB16	33,7643	36,570	-.055	.455
SB17	33,7143	35,342	.067	.430
SB18	33,6214	36,482	-.025	.444
SB19	36,0929	32,891	.136	.417
SB20	34,3786	39,820	-.280	.525
SB21	36,7143	33,760	.249	.397

Análisis Descriptivo

A continuación, se presentan los estadísticos descriptivos correspondientes a la distribución de puntajes para cada una de las variables contempladas en el presente estudio.

Tabla 7.

Análisis descriptivos de la variable independiente Estrategias de afrontamiento al estrés.

VARIABLES	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	ASIMETRÍA	CURTOSIS
Estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas al problema	140	3	12	9,42	2,09	-0,999	0,755
Estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas a la emoción	140	0	13	7,39	2,89	-0,365	-0,471

Dado que la escala de Estrategias de Afrontamiento ante el Estrés tiene dos dimensiones, se buscó conocer si las personas evaluadas tienen alguna predominancia, por un estilo dirigido al problema o bien a la emoción. Para esto, se tomó como criterio aproximadamente 1 desviación estándar total de la escala (3 puntos) y se consideró que cuando un sujeto puntuó en más de 3 unidades en una dimensión en comparación con la otra, era una predominancia clara, mientras que diferencias menores eran una predominancia indistinta o nula. Se encontró que el

56% (79 sujetos) no muestran predominancia en sus Estrategias de Afrontamiento, 3% (4 sujetos) utilizan más frecuentemente estrategias dirigidas a la emoción y 41% (57 sujetos) prefieren estrategias dirigidas al problema

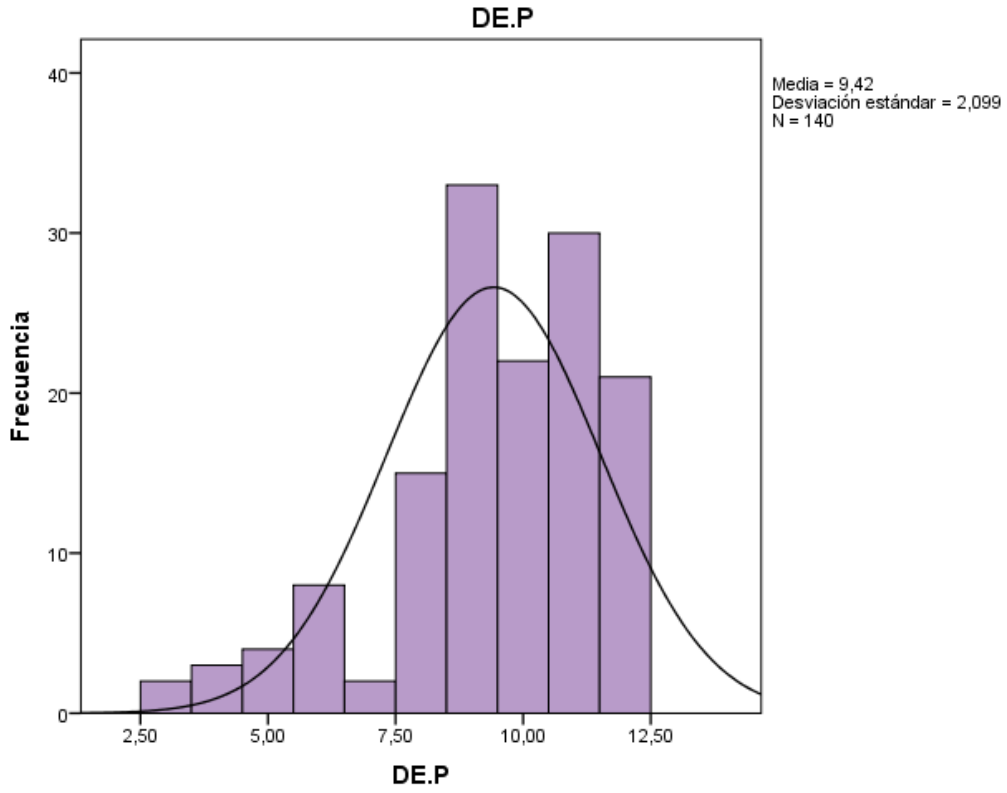

Figura 1. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Estrategias de Afrontamiento en los ítems que medían las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema presentaron un rango de puntuaciones que va desde 3 hasta 12, la media fue de M= 9,42 y la desviación típica fue de S= 2,098, la asimetría AS=-0,999 y la Curtosis K=0,755 por lo que la distribución se encuentra ligeramente coleada hacia la izquierda,

mostrando una curva con forma levemente leptocúrtica, la mayoría de los datos se agrupan hacia la derecha donde se encuentran los mayores puntajes de esta variable, lo que pone de manifiesto que la mayoría de los sujetos obtienen un puntaje alto en la medida de estrategias dirigidas al problema, y por tanto parece que los sujetos utilizan predominantemente estas estrategias en lugar de las dirigidas a las emociones.

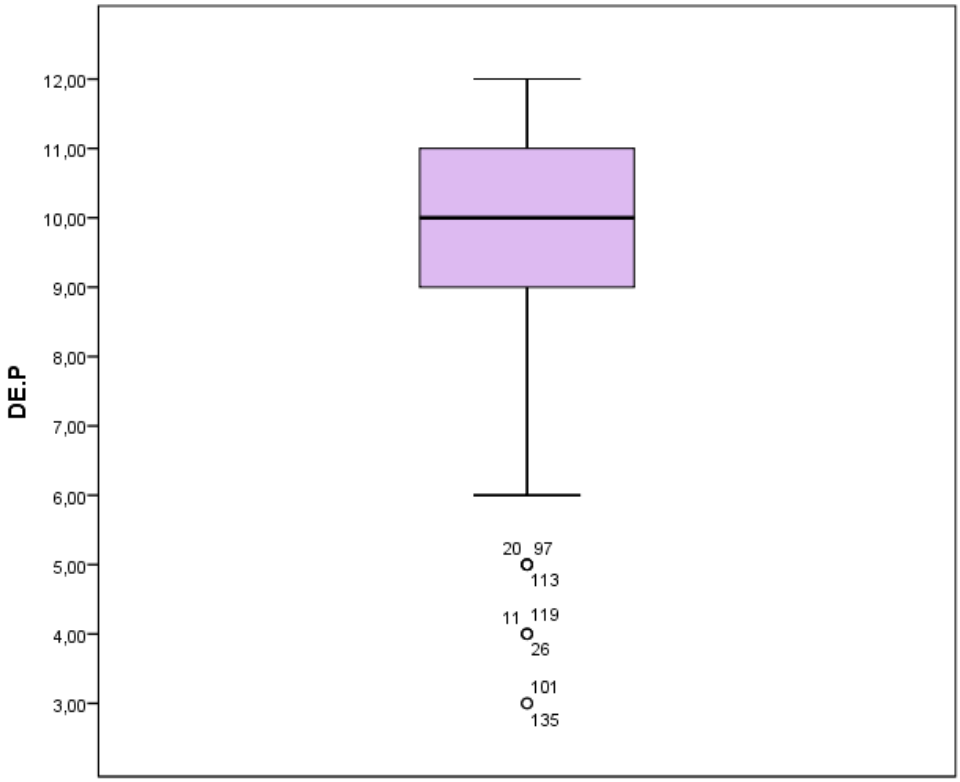

Figura 2. Gráfico de caja y bigote de estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas al problema.

Se observa que la escala de estrategias de afrontamiento dirigidas al problema presenta valores atípicos que se distribuyen en los puntajes más bajos

de la variable, siendo esto uno de los causantes de la asimetría negativa y mostrando que sólo una minoría de la población evaluada le presta poca importancia a las estrategias dirigidas al problema, asimismo, se nota que la mediana de los puntajes de estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas al problema, se encuentra en un valor cercano al máximo de la subescala (10 puntos contra 12 del subtotal).

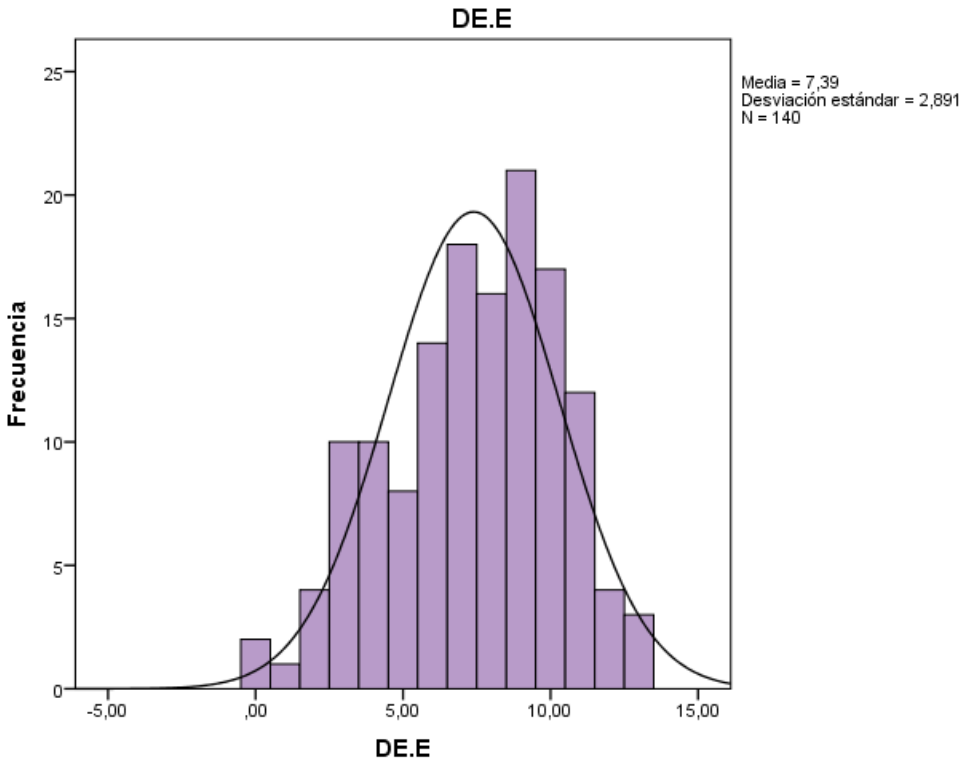

Figura 3. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Estrategias de Afrontamiento en los ítems que medían las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción.

Por otra parte, las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, presentaron un rango de puntuaciones que va desde 0 hasta 13, lo que coincide

con el recorrido de la escala y por lo tanto al menos un sujeto obtuvo cada uno de los posibles totales, la media fue de M= 7,39 y la desviación típica fue de S=2,89 la asimetría AS=-0,365 y la Curtosis K=-0,471 por lo que la distribución es normal, no se observa efecto techo o piso y la mayoría de los datos se agrupan en el centro de la distribución tal y como se esperaría.

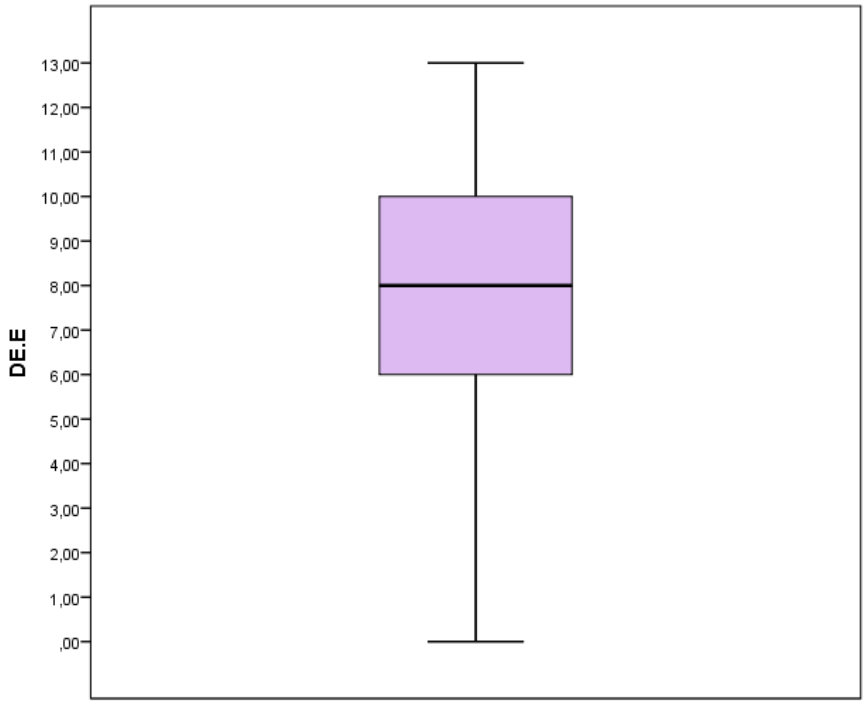

Figura 4. Gráfico de caja y bigotes de estrategias de afrontamiento dirigida a la emoción.

Se observa que la subescala de estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción no presenta valores atípicos, lo que deja ver una adecuada homogeneidad en los valores obtenidos, asimismo, se nota que la mediana de los puntajes de estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas a la emoción, se encuentran entre un valor cercano a la media de la escala (8 puntos).

Jornada laboral.

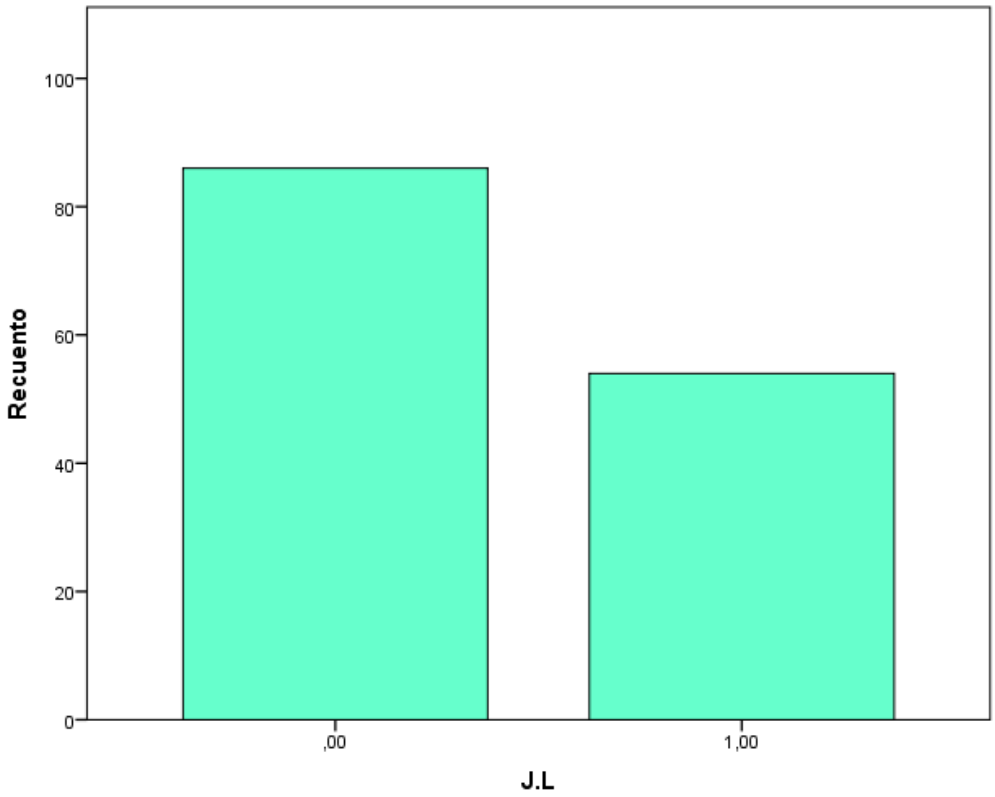

Figura 5. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en el formulario de cantidad de horas de trabajo o bien jornada laboral.

Esta variable fue dicotomizada eligiéndose 8 horas como punto de corte, puesto que ese es el límite de horas de la jornada diurna establecido por la Ley Orgánica del Trabajo los Trabajadores y Trabajadoras de Venezuela (LOTTT) (2016), en donde 1 representaba a los sujetos que laboran más de 8 horas y 0 los sujetos que laboran igual o menos de 8 horas, se obtuvo que 54 personas trabajan más de 8 horas (38,57%), mientras que, 86 trabajan 8 o menos horas (61,42%).

Tabla 8.

Análisis descriptivos de la variable dependiente Síndrome de Burnout.

VARIABLES	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	ASIMETRÍA	CURTOSIS
Síndrome de Burnout agotamiento emocional	140	0	26	10,957	5,548	0,244	-0,478
Síndrome de Burnout despersonalización	140	0	10	2,457	2,639	1,376	1,269
Síndrome de Burnout Sensación de la disminución de eficacia	140	13	28	23,771	3,619	-O,91	0,532

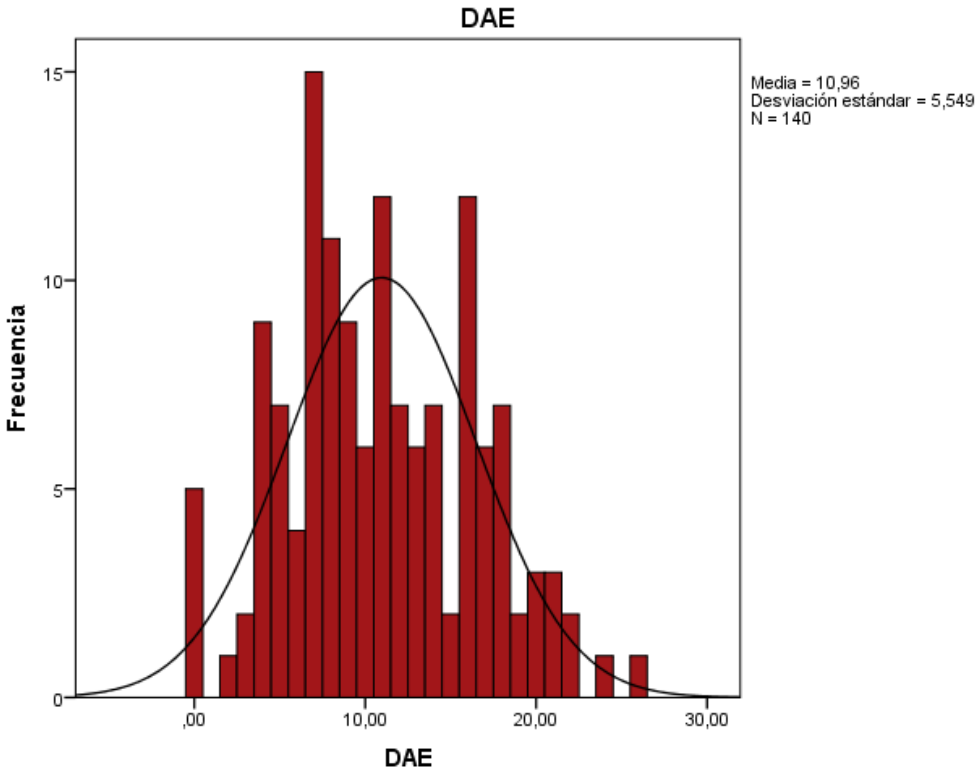

Figura 6. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Síndrome de Burnout en los ítems que medían Agotamiento Emocional.

La dimensión de agotamiento emocional del Síndrome de Burnout, presentó un rango de puntuaciones que va desde 0 hasta 26, la media fue de M= 10,957 y la desviación típica fue de S=5,548 la asimetría AS=0,244 y la Curtosis K=-0,478 por lo que la distribución es normal, no se observa efecto techo o piso y la mayoría de los datos se agrupan en el centro de la distribución tal y como se esperaría.

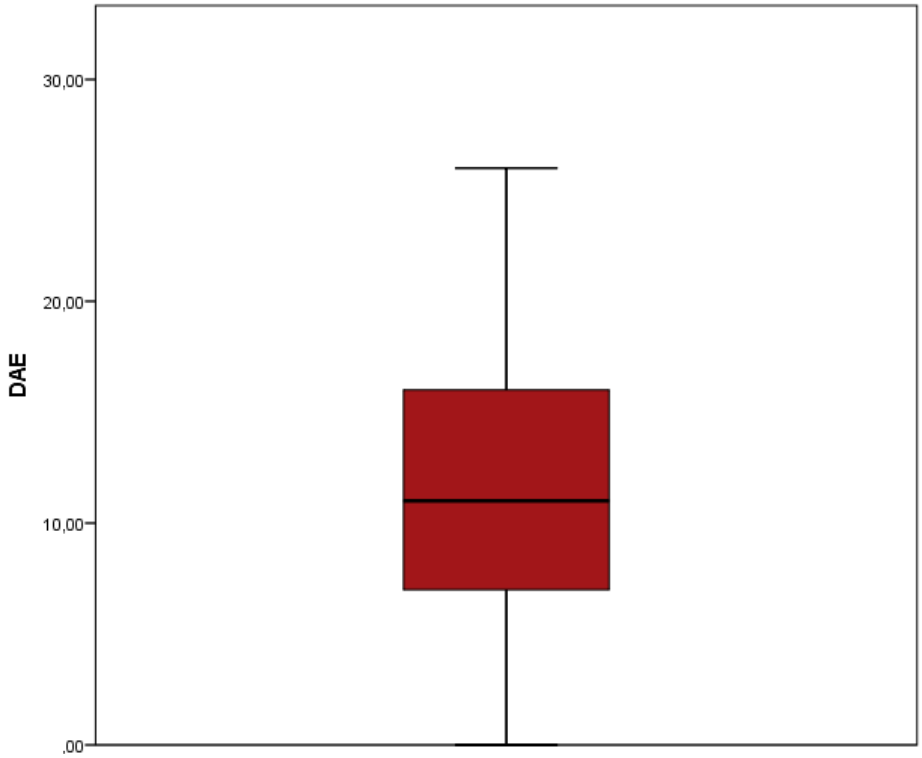

Figura 7. Gráfico de caja y bigotes de Síndrome de Burnout de la dimensión de Agotamiento Emocional.

Se observa que la dimensión de Agotamiento Emocional de la escala de Síndrome de Burnout, no presenta valores atípicos, lo que deja ver una adecuada homogeneidad en los valores obtenidos, asimismo, se nota que la mediana de los puntajes de Agotamiento Emocional se encuentra cercanas a la media (11 puntos).

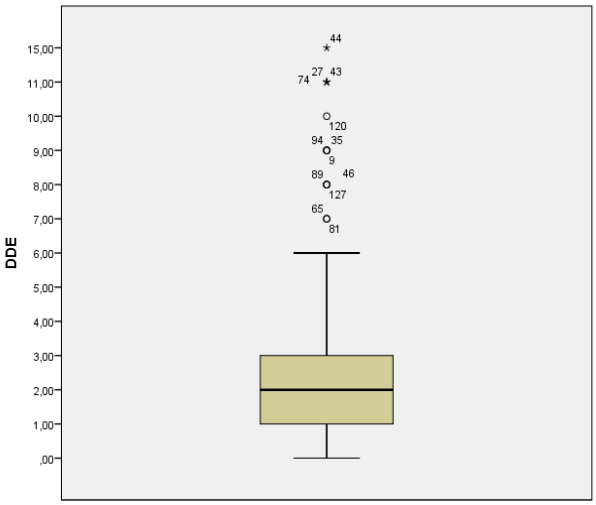

Figura 8. Gráfico de caja y bigotes de Síndrome de Burnout de la dimensión de Despersonalización.

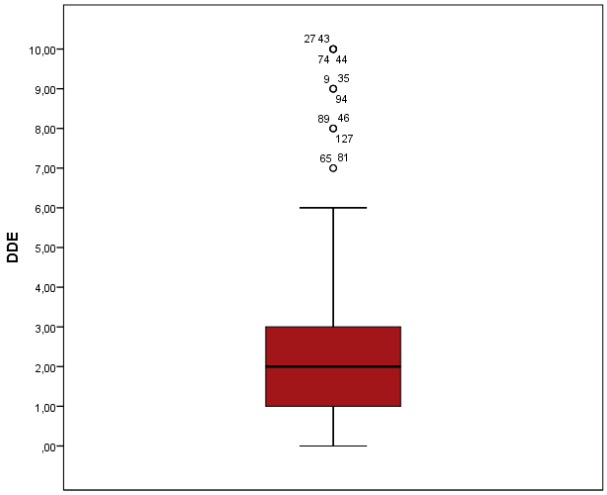

Figura 9. Gráfico de caja y bigotes de Síndrome de Burnout de la dimensión de Despersonalización una vez winzorizado.

La dimensión de despersonalización del Síndrome de Burnout presenta valores atípicos que se encuentran en los niveles más altos de la variable. Los sujetos 27, 43, 44 y 74 obtuvieron, respectivamente puntuaciones de 15, 11, 11, 11, estos valores atípicos fueron winzorizados para robustecer los estadísticos descriptivos de la dimensión, se sustituyeron, así, por un valor de 10. Tras la winzorización se evidencia aún datos atípicos no extremos, sin embargo, estos no afectan significativamente los estadísticos de la distribución.

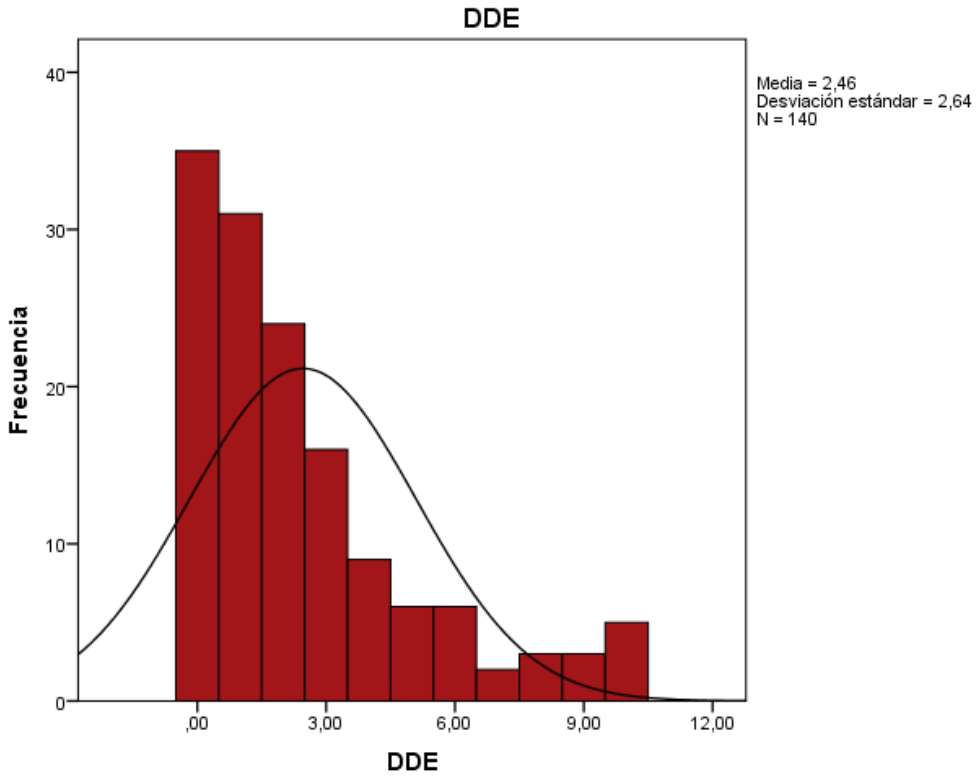

Figura 10. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Síndrome de Burnout en los ítems que medían Despersonalización.

Luego de ser los datos winzorizados, la dimensión de Despersonalización del Síndrome de Burnout, presentó un rango de puntuaciones que va desde 0 hasta 10 la media fue de M= 2,457 y la desviación típica fue de S=2,639 la asimetría AS=1,376 y la Curtosis K=1,269 por lo que la distribución se encuentra coleada positivamente con una forma leptocúrtica, es decir, los puntajes se agrupan hacia los valores bajos, tal y como es esperado, dado el tipo de variable psicológica.

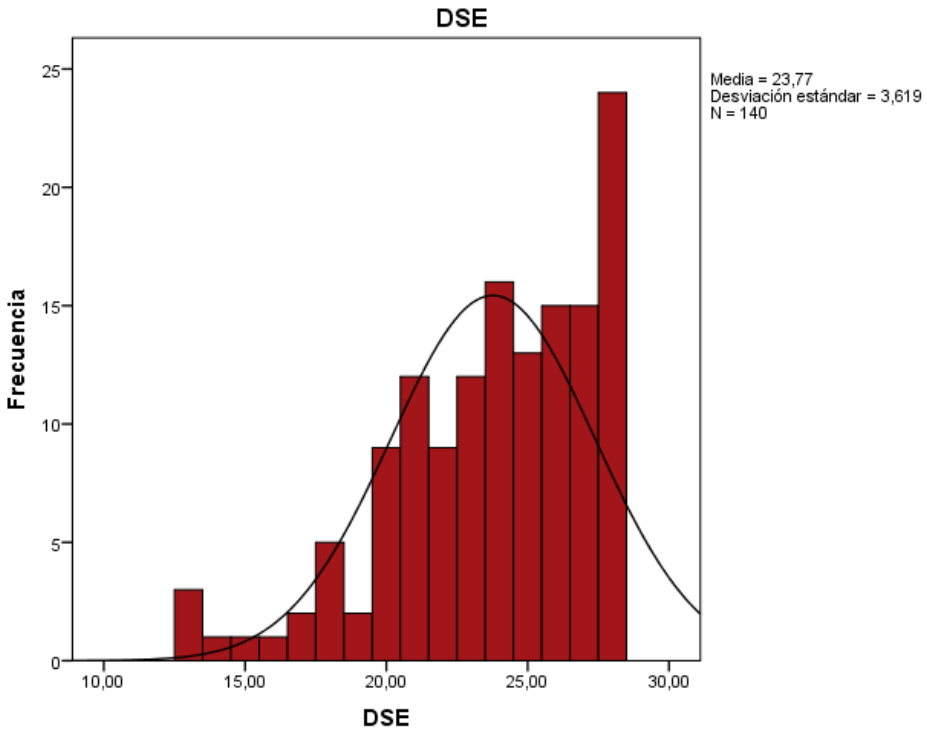

Figura 11. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Síndrome de Burnout en los ítems que medían Sensación de la disminución de eficacia.

La dimensión de Sensación de la disminución de eficacia, del Síndrome de Burnout, presentó un rango de puntuaciones que va desde 13 hasta 28 la media fue de M= 23,771 y la desviación típica fue de S=3,619 la asimetría AS=-0,91 y la Curtosis K=-0,532 por lo que la distribución se encuentra coleada negativamente hacia la izquierda formando una curva levemente leptocúrtica, y por lo tanto los puntajes se agrupan hacia los valores más altos, observándose que hay efecto techo, siendo que muchos sujetos se agrupan en dicho lado de la curva, y no se logra diferenciar correctamente entre ellos ya que todos obtuvieron aproximadamente el mismo puntaje.

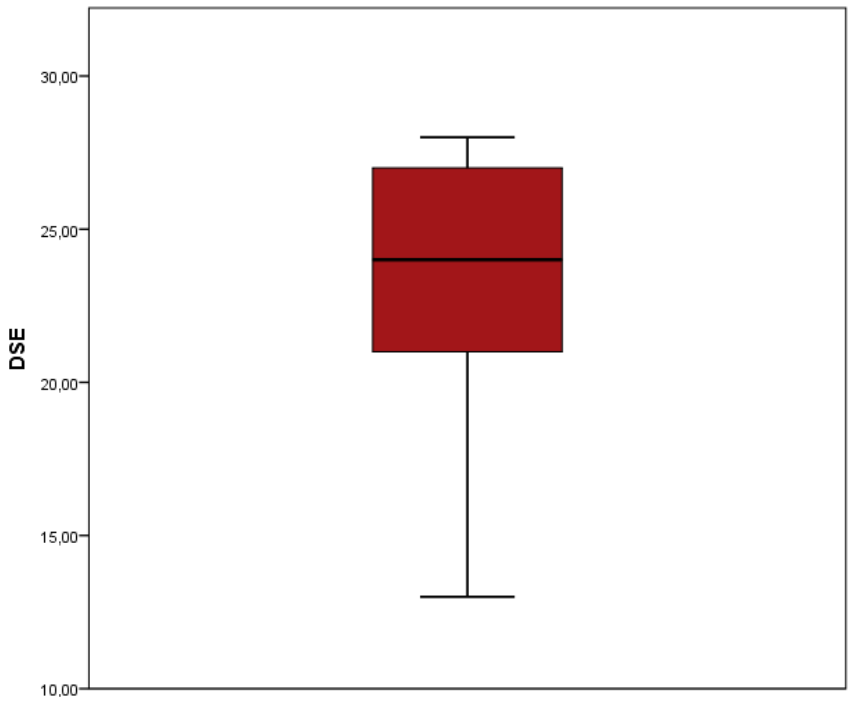

Figura 12. Gráfico de caja y bigotes de Síndrome de Burnout de la dimensión de Disminución de la sensación de eficacia.

Se observa que la Disminución de la Sensación de eficacia no presenta valores atípicos, además, se evidencia claramente el efecto techo y la asimetría negativa ya identificado en el histograma, así mismo, la mediana de los puntajes de la Disminución de la sensación de eficacia arrojó un valor de 24 puntos, donde es notable que la amplitud del recorrido de los datos antes de la mediana es distinta después de la misma, siendo que, los datos post mediana se agrupan con valores muy cercanos entre sí, mientras que antes de la mediana se distribuyen adecuadamente.

Tabla 9.

Análisis descriptivos de la variable dependiente Salud Psicológica.

VARIABLE	N	MÍNIMO	MÁXIMO	MEDIA	DESVIACIÓN TÍPICA	ASIMETRÍA	CURTOSIS
Salud psicológica Ansiedad e insomnio	140	0	21	6,45	5,41	0,853	0,143
Salud psicológica depresión grave	140	0	15	1,08	2,64	3,59	13,99
Salud psicológica Síntomas Somáticos	140	1	18	7,27	4,12	0,646	-0,38
Salud Psicológica Disfunción Social	140	4	18	10,92	3,09	-0,15	-0,81
Salud Psicológica	140	10	54	25,62	10,20	0,77	0,226

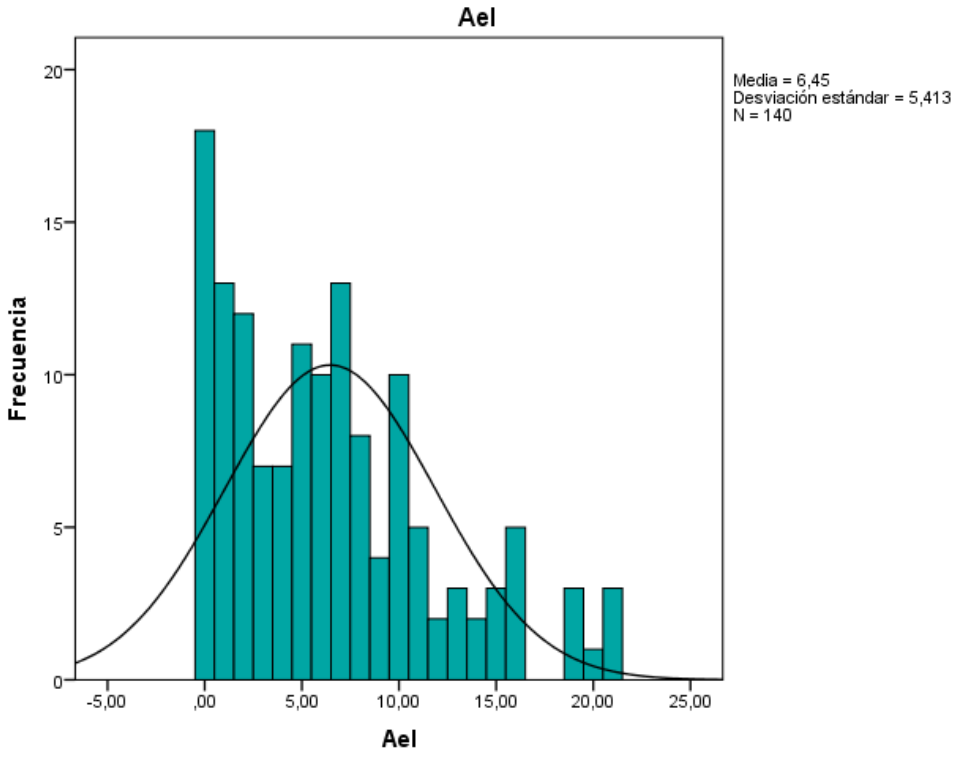

Figura 13. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Salud Psicológica en los ítems que miden específicamente ansiedad e insomnio.

Con respecto a la variable dependiente, Salud psicológica, aunque ésta se trabajará como una escala total, se analizaron las dimensiones que la componen para una mejor comprensión de la variable. Con respecto a la dimensión de ansiedad e insomnio, presentó un rango de puntuaciones que va desde 0 hasta 21, la media fue de M= 6,45 y la desviación típica fue de S=5,41 la asimetría AS=0,853 y la Curtosis K=-0,143 por lo que la distribución es levemente coleada hacia la derecha, siendo que la mayoría de los datos se agrupan del centro hacia abajo en la distribución, formando así una curva mesocúrtica con cola positiva.

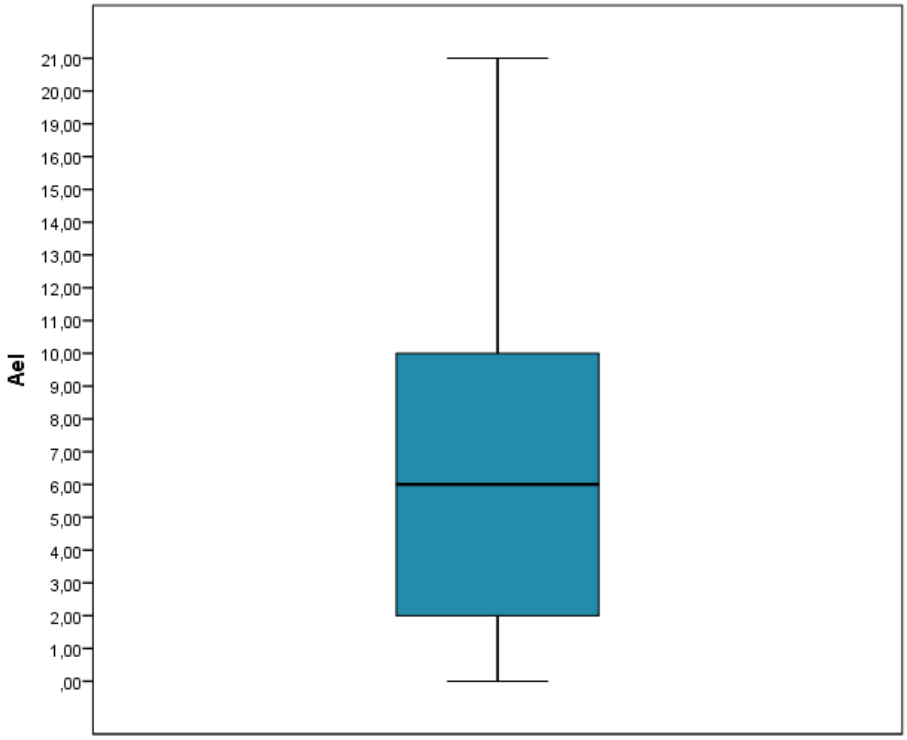

Figura 14. Gráfico de caja y bigotes de Salud psicológica de la dimensión de Ansiedad e Insomnio.

Se observa que la dimensión de Ansiedad e Insomnio de la escala de Salud Psicológica no presenta valores atípicos, asimismo, se nota que la mediana de los puntajes de la dimensión de Ansiedad e Insomnio se encuentran entre un valor cercano al mínimo de la escala (6 puntos). Mostrando esto que la mayoría de los sujetos obtuvo valores bajos en esta subescala.

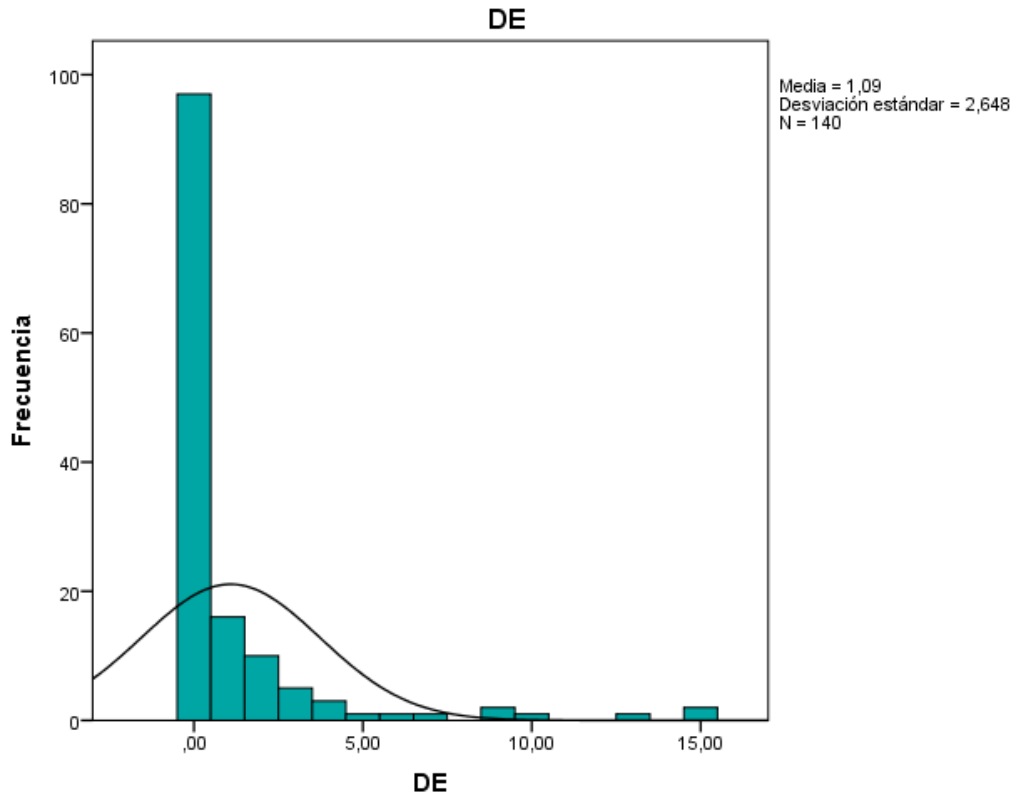

Figura 15. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Salud Psicológica en los ítems que miden específicamente depresión grave.

Con respecto a la segunda dimensión de la variable dependiente, depresión grave, esta presentó un rango de puntuaciones que va desde 0 hasta 15, la media fue de M=1,08 y la desviación típica fue de S=2,64 la asimetría AS=3,59 y la Curtosis K=13,99 por lo que la distribución se encuentra muy coleada positivamente, en donde la mayoría de los datos se agrupan hacia la izquierda mostrando una curva leptocúrtica. Aproximadamente el 70% de los sujetos no puntuó en esta subdimensión, lo que parece mostrar que no es una subescala que mide efectivamente la salud psicológica en esta población.

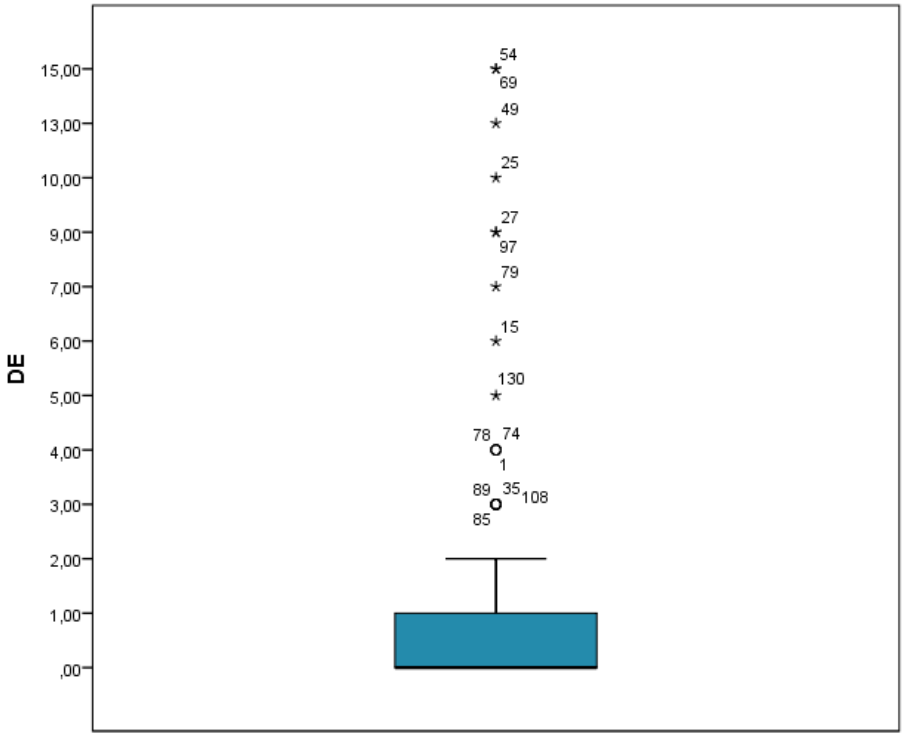

Figura 16. Gráfico de caja y bigotes de Salud psicológica de la dimensión de Depresión grave.

Dado que la mayoría de la población puntuó muy abajo, aquellas personas que reportan tener algún nivel de depresión afectando su salud psicológica son vistos como datos atípicos, sin embargo, no se considera procedente realizar una winzorización, ya que se eliminaría a los sujetos que efectivamente están respondiendo de manera “saludable”.

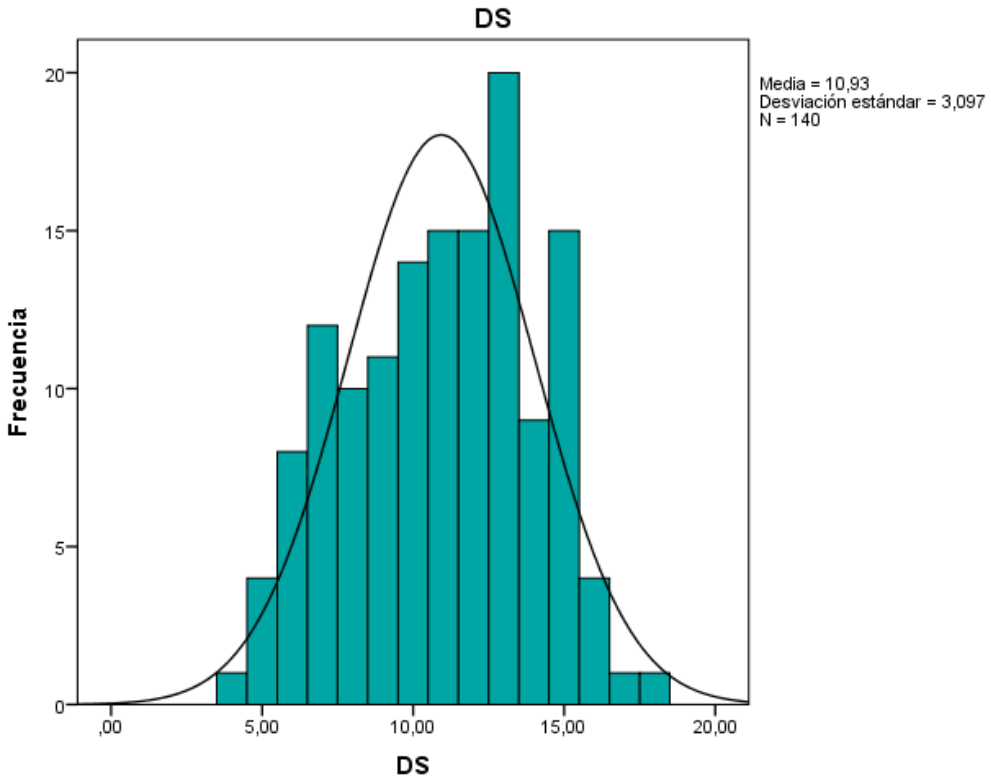

Figura 17. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Salud Psicológica en los ítems que miden específicamente Disfunción Social.

Con respecto a la variable dependiente, Salud psicológica, la dimensión de Disfunción social, presentó un rango de puntuaciones que van desde 4 hasta 18, la media fue de M= 10,92 y la desviación típica fue de S=3,09 la asimetría AS=-0,15 y la Curtosis K=-0,81 por lo que la distribución es normal, no se observa efecto techo o piso y la mayoría de los datos se agrupan en el centro de la distribución formando una curva platicúrtica.

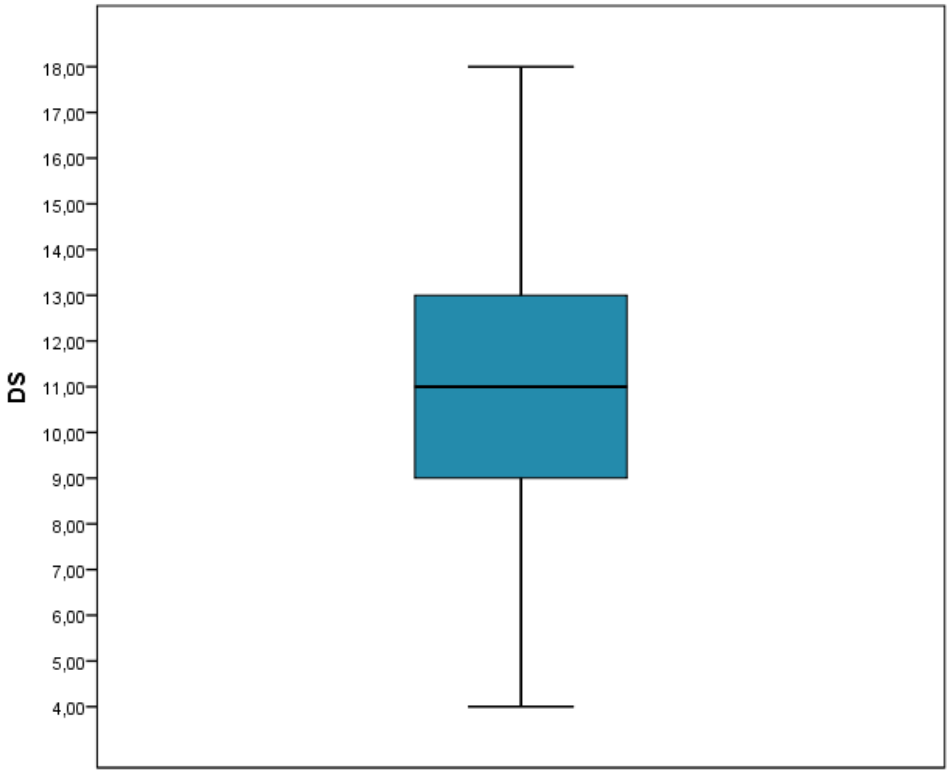

Figura 18. Gráfico de caja y bigotes de Salud psicológica de la dimensión de Disfunción Social.

Se observa que la dimensión de Disfunción Social de la escala de Salud Psicológica no presenta valores atípicos, lo que deja ver una adecuada homogeneidad en los valores obtenidos, asimismo, se nota que la mediana de los puntajes de la Disfunción Social, se encuentran entre un valor cercano al medio de la escala (11 puntos).

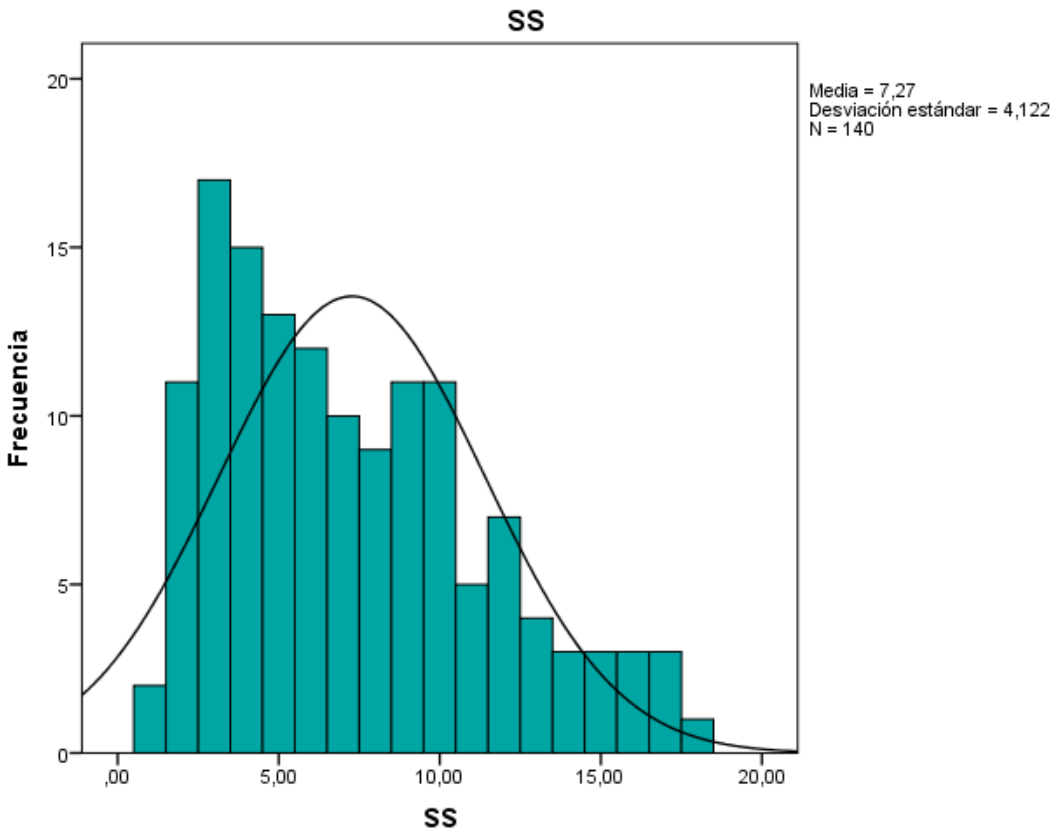

Figura 19. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Salud Psicológica en los ítems que miden específicamente de Síntomas Somáticos.

Con respecto a la variable dependiente, Salud psicológica, la dimensión de síntomas somáticos, presentó un rango de puntuaciones que van desde 1 hasta 18, la media fue de M= 7,27 y la desviación típica fue de S= 4,12 la asimetría AS=0,646 y la Curtosis K=-0,38 por lo que la distribución se encuentra levemente coleada hacia la derecha y además con una forma mesocúrtica con leve cola.

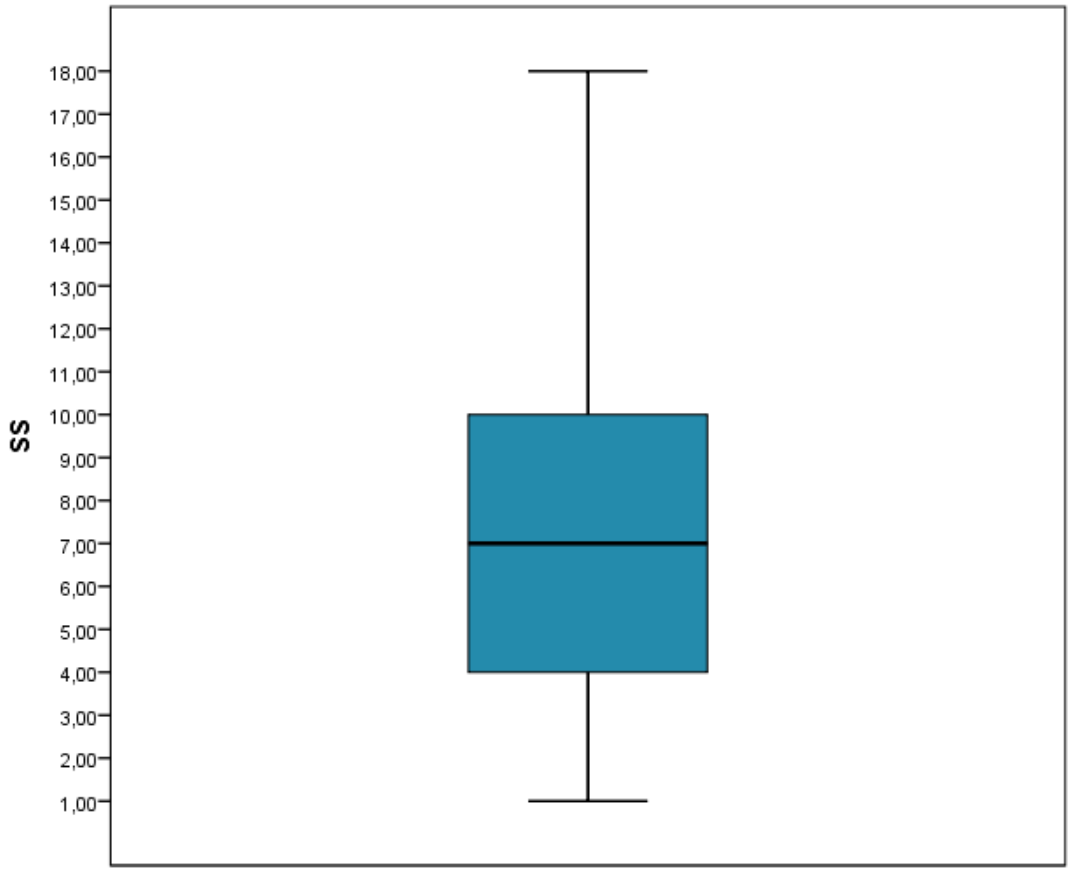

Figura 20. Gráfico de caja y bigotes de Salud psicológica de la dimensión de Síntomas Somáticos.

Se observa que la dimensión de Síntomas Somáticos de Salud Psicológica no presenta valores atípicos, así mismo, se nota que la mediana de la dimensión obtuvo un puntaje de aproximadamente (6,5 puntos).

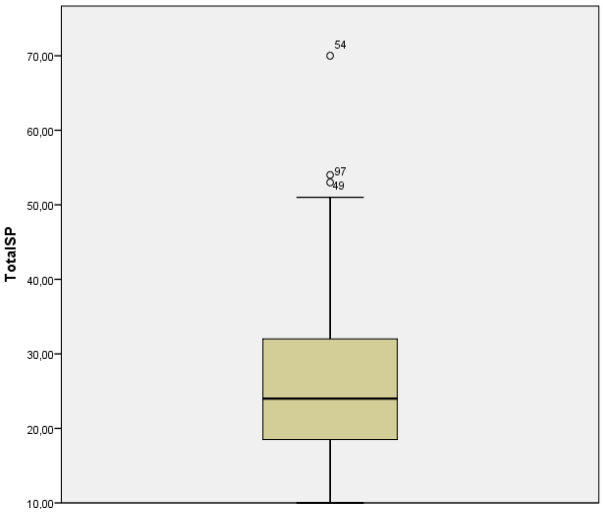

Figura 21. Gráfico de caja y bigote de Salud Psicológica.

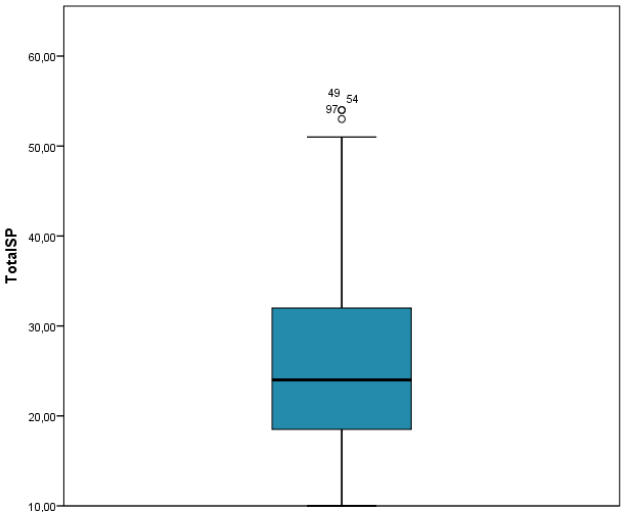

Figura 22. Gráfico de caja y bigote de Salud Psicológica Winzorizado.

Se observa que la escala global de Salud psicológica presenta valores atípicos que se encuentran en los niveles más altos de la variable, el sujeto 54 obtuvo un puntaje de 70, este valor atípico fue winzorizado para robustecer los estadísticos descriptivos de la dimensión y fue sustituido así por un valor de 54. Tras la winzorización se evidencia aún datos atípicos no extremos, sin embargo, estos e no afectan significativamente los estadísticos de la distribución.

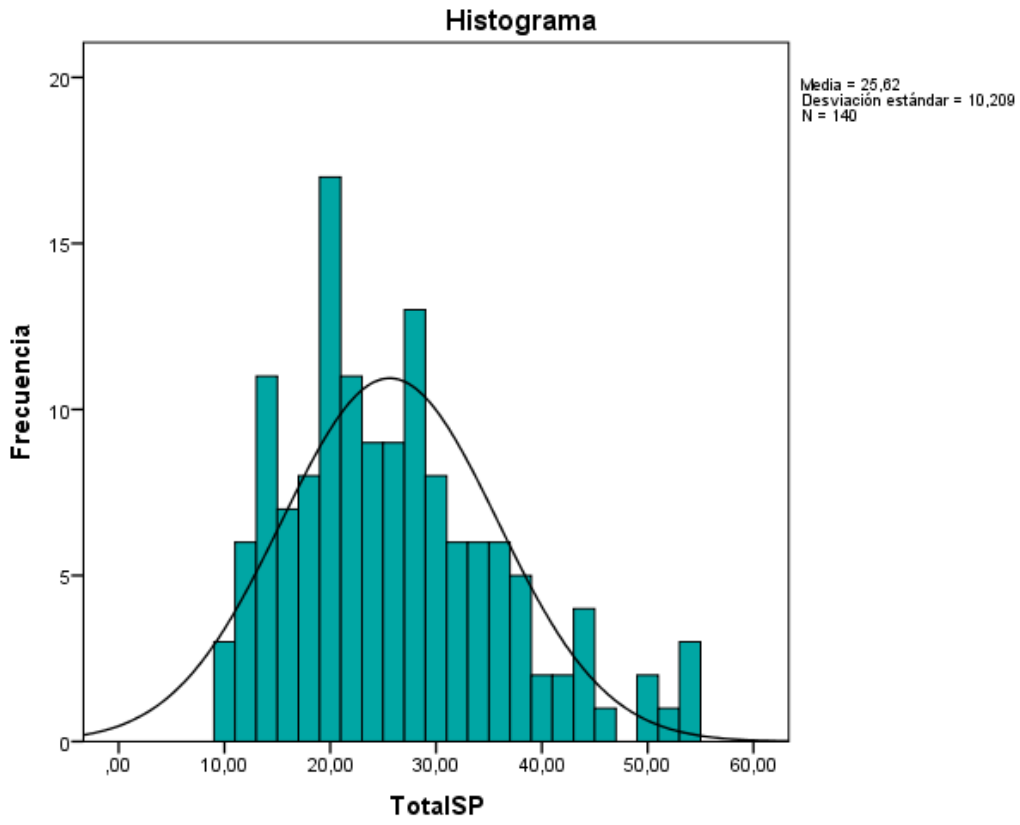

Figura 23. Distribución de los puntajes obtenidos por los sujetos en la escala de Salud Psicológica.

Una vez winzorizados los datos, la variable total de Salud psicológica, presentó un rango de puntuaciones que van desde 10 hasta 54, la media fue de M= 25,62 y la desviación típica fue de S=10,20 la asimetría AS=0,77 y la Curtosis K=-0,226 por lo que la distribución es levemente coleada hacia la derecha, no se observa efecto techo o piso y la mayoría de los datos se agrupan en el centro de la distribución tal y como se esperaría formando así una curva mesocúrtica.

Finalmente, se realizó un análisis de correlaciones entre todas las variables del estudio y sus subdimensiones (Ver anexo F), donde se encontró, adicionalmente y aunque no se había planteado dentro de las hipótesis iniciales del presente estudio, una correlación significativa al 0,01 entre Estrategias de afrontamiento al estrés y Salud psicológica, siendo que, las estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas a la emoción, tuvieron una relación directa y significativa con Salud psicológica (,432**), lo que sugiere que altos niveles en la escala de estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, se relaciona con altos niveles en la escala de salud psicológica, específicamente en las subdimensiones de Ansiedad e insomnio (,455**) Depresión (,245**) y Síntomas somáticos (,370**).

Supuestos del análisis de regresión

Al verificar los supuestos correspondientes al análisis de regresión múltiple se encontró que tanto las variables dependientes como las independientes, en su totalidad, se distribuyen aproximadamente normal, presentando solo desviaciones leves (ver anexo G).

Por otro lado, se confirmó en cada una de las regresiones propuestas el cumplimiento de los supuestos relacionados con los errores de medida, donde la media aritmética de los mismos es igual o aproximadamente igual a cero, por lo que puede decirse que se distribuyen normalmente y no se encuentran relacionados entre sí. Para las regresiones realizadas con el Síndrome de Burnout como variable predicha se cumplió el supuesto de correlaciones de errores en todos los casos; Estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas al problema y a la emoción con Agotamiento emocional (Durbin-Watson=2,058); Estrategias de

afrontamiento al estrés dirigidas al problema y a la emoción con Despersonalización (Durbin-Watson= 1,955) y Estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas al problema y a la emoción con Disminución de la sensación de eficacia (Durbin-Watson=2,149), a su vez, Jornada laboral con Agotamiento emocional (Durbin Watson=2,036); Jornada laboral con Despersonalización (Durbin Watson= 1,979) y por último Jornada laboral con Disminución de la sensación de eficacia (Durbin Watson=2,110).

Asimismo, la regresión propuesta entre Jornada laboral como variable independiente y Salud Psicológica como dependiente también se cumple dicho supuesto (Durbin Watson=1,995) (ver anexo H).

Para finalizar, con respecto al supuesto de multicolinealidad, al analizar los coeficientes de Tolerancia y VIF en la regresión entre estrategias de afrontamiento al estrés y cada una de las dimensiones del Síndrome Burnout, se observa que las variables predictoras no están correlacionadas entre sí, de manera que se cumple el supuesto de no multicolinealidad entre las variables (TOL= 0,654; VIF= 1,529) (ver anexo I)

Análisis de Regresiones.

Se llevó a cabo una serie de regresiones lineales simples y múltiples, para conocer el grado de asociación entre las variables Estrategias de afrontamiento al estrés con el Síndrome de Burnout, Estrategias de afrontamiento al estrés con Salud psicológica; Jornada laboral con el Síndrome de Burnout y Jornada laboral con Salud psicológica. Para evaluar la relación de las variables predictoras sobre las predichas se tomó como significativas aquellas relaciones con una significancia por debajo de un nivel de 0,05.

Al momento de evaluar la certeza de la primera y segunda hipótesis propuestas se pudo observar que la combinación lineal de los tipos de Estrategias de afrontamiento, explican una proporción significativa de la varianza de la dimensión Agotamiento emocional del Síndrome de Burnout (F=4.002; p=.020), además, la combinación de ambas dimensiones explica el 5,5% de la varianza de la variable dependiente (R=.235; R^2= .055).

De esta manera, las Estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción presenta un coeficiente beta de β=.263 con una significancia de p=0.012 lo que indica una carga significativa, moderada y directa, sugiriendo que a medida que aumenta los valores de las Estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción aumentan también los valores del Agotamiento emocional en el Síndrome de Burnout, confirmando esto la hipótesis propuesta; por su parte, la dimensión de las Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema presentó un coeficiente beta de β=-.055 con una significancia de p=.594, lo que demuestra que existe una relación no significativa entre este tipo de estrategia de afrontamiento al estrés y la dimensión de agotamiento emocional, siendo esto distinto a lo esperado (Ver anexo I).

Con respecto a la segunda dimensión que conforma la variable dependiente, se pudo observar que la combinación lineal de los tipos de Estrategias de afrontamiento, explica una proporción moderada baja y no significativa de varianza en la dimensión de Despersonalización de la variable Síndrome de Burnout (F=2,097; p=0,127) (R=.172; R^2= .030).

De esta manera, las Estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción presenta un coeficiente beta de β=.147 con una significancia de p=0.160 lo que indica una carga no significativa, entre este tipo de estrategia de afrontamiento y la Despersonalización, por su parte, la dimensión de las Estrategias de afrontamiento

dirigidas al problema presentó un coeficiente beta de β=.038 con una significancia de p=.714, lo que demuestra una relación no significativa entre este tipo de estrategia de afrontamiento al estrés y la dimensión de Despersonalización; estas predicciones no contribuyen a la explicación de la hipótesis propuesta por no ser significativas (Ver anexo I).

En cuanto a la tercera dimensión que conforma la variable dependiente, se pudo observar que la combinación lineal de los tipos de Estrategias de afrontamiento, explican una proporción significativa de varianza sobre la dimensión de Disminución de la sensación de eficacia de la variable Síndrome de Burnout (F=3,754; p=0,026), dicha proporción resulta moderada (R=.228; R^2= .052).

De tal forma, las Estrategia de afrontamiento dirigidas a la emoción presentan un coeficiente beta de β=-.203 con una significancia de p=0.050 lo que indica una carga significativa, moderada e inversa entre este tipo de estrategia de afrontamiento y la Disminución de la sensación de eficacia, lo que sugiere que a medida que haya un aumento en las puntuaciones obtenidas por los sujetos en la variable estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, habrá un decremento en las puntuaciones obtenidas en la Disminución de la sensación de eficacia, esto resulta contrario a lo que se esperaba, puesto que la hipótesis propone una relación directa; por su parte, la dimensión de las Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema presentó un coeficiente beta de β=-0,038 con una significancia de p=.712, lo que demuestra que existe una relación no significativa entre este tipo de estrategia de afrontamiento al estrés y la dimensión de Disminución de la sensación de eficacia; dicha predicción no contribuye a la explicación de la hipótesis propuesta por no ser significativa.

Es relevante entonces concluir que la variable Estrategias de afrontamiento

al estrés dirigidas a la emoción se relacionó de forma significativa y directa con la dimensión de Agotamiento emocional de la variable Síndrome de Burnout, como era de esperarse; sin embargo se evidenció una relación inversa y significativa entre este tipo de estrategia y la dimensión Disminución de la sensación de eficacia de la variable dependiente, y a su vez, no se encontró relación significativa entre las estrategias dirigidas a la emoción y la dimensión de Despersonalización del Burnout.

Por su parte, las Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema no tuvieron relación significativa con las dimensiones de Agotamiento emocional, Despersonalización y Disminución de la sensación de eficacia de la variable Síndrome de Burnout. Estos resultados no se esperaban, por lo que se discutirán en el próximo apartado.

Al momento de evaluar la tercera hipótesis se pudo observar que esta no fue confirmada, siendo que la variable Jornada laboral, la cual fue dicotomizada tomando como punto de corte 8 horas diarias, explica una proporción no significativa de varianza sobre la variable Salud psicológica (F=0,001; p=.979), encontrándose que no existe ningún tipo de relación entre las variables (r=.002; r^2= .000).

Para la evaluación de la cuarta hipótesis se pudo observar que la variable Jornada laboral, explica una proporción no significativa, al 5% de significancia, de varianza sobre la dimensión de Agotamiento emocional de la variable Síndrome de Burnout (F=3,040; p=.083), sin embargo, al 10% de significancia, esta relación pasa a ser significativa, encontrándose una relación moderada baja (r=.147; r^2= .022).

De igual forma, en cuanto a la segunda dimensión de la variable

dependiente, se encontró que la hipótesis propuesta no fue confirmada, ya que la variable independiente Jornada laboral, explica una proporción no significativa de varianza sobre la dimensión de Despersonalización de la variable dependiente Síndrome de Burnout (F=1,153; p=.285), encontrándose una relación baja, no significativa entre las variables (r=.091; r^2= .008).

Finalmente, en lo que respecta a tercera dimensión del Síndrome de Burnout, se pudo observar que la variable Jornada laboral explica una proporción no significativa de varianza sobre la dimensión de Disminución de la sensación de eficacia de la variable Síndrome de Burnout (F=2,481; p=.118), encontrándose que las variables presentaron pesos no significativos en la explicación de la relación, esta proporción es moderada baja (r=.133; r^2= .018).

En conclusión, la variable de Estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción se relacionó de forma directa con Agotamiento emocional, de forma inversa con Disminución de la sensación de eficacia, y no tuvo asociación significativa con Despersonalización, por su parte, las Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema no se relacionaron significativamente con ninguna de las dimensiones del Síndrome de Burnout. Con respecto a la variable Jornada Laboral, esta no arrojó relación significativa con ninguna de las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, así como con la variable Salud Psicológica en general. Para entender teórica y prácticamente el porqué estas variables se comportaron de esta forma y las razones que sustentan los datos arrojados por medio de las regresiones se realizará la discusión de los resultados en el próximo apartado.

Discusión

La presente investigación se llevó a cabo con la finalidad de conocer la relación existente entre Estrategias de afrontamiento al estrés, el Síndrome de Burnout, la Salud psicológica y Jornada laboral en los trabajadores que laboran con niños y jóvenes con trastornos del neurodesarrollo con edades comprendidas entre 4 y 18 años del área metropolitana de Caracas.

Para alcanzar dicho propósito, se plantean diversas hipótesis sobre la posible relación entre las variables predictoras y las predichas, es decir, en qué medida el tipo de estrategias de afrontamiento al estrés utilizado por los trabajadores, y la cantidad de horas de trabajo, explica el desarrollo o presencia del Síndrome de Burnout, y cómo afecta la Jornada Laboral de dichos trabajadores en su Salud Psicológica en general.

En un principio, se buscó conocer si los trabajadores que conformaban la muestra tenían alguna predominancia por alguno de los estilos de afrontamiento, bien dirigido al problema, o bien a la emoción. Se encontró que el 56% (79 sujetos) no muestran predominancia en sus Estrategias de Afrontamiento, 3% (4 sujetos) utilizan más frecuentemente estrategias dirigidas a la emoción y 41% (57 sujetos) tienden a utilizar estrategias dirigidas al problema.

Esto, demuestra entonces que los trabajadores de niños y jóvenes con trastornos del neurodesarrollo del sector metropolitano de Caracas parecieran en su mayoría utilizar estrategias de afrontamiento más adaptativas y adecuadas para lidiar con situaciones estresantes, evidenciándose entonces que estos

sujetos parecieran contar con las habilidades necesarias para mantenerse por un tiempo prolongado en sus espacios de trabajo, ya que, como señala Grant (1991), el estrés propio de los profesionales de la salud es mayor que el que se asocia a otras ocupaciones debido a que estos se enfrentan a diario con el dolor, y situaciones límite de otras personas muchas veces con la sensación de poder hacer poco o nada.

En búsqueda de comprobar las hipótesis planteadas, se realizaron regresiones por cada una de ellas. La primera relación propuesta, arrojó una relación significativa y directa entre las Estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas a la emoción y la primera dimensión del Síndrome de Burnout, el Agotamiento emocional, lo que sugiere que, a medida que los trabajadores utilizan estrategias de afrontamiento enfocadas en la emoción presentarán mayor agotamiento emocional.

Los resultados encontrados en torno a esta dimensión, son congruentes con los reportados por Popp (2008), quien evidencia por medio de análisis univariados, que el agotamiento emocional se relaciona única y significativamente con la estrategia de afrontamiento emocional, control afectivo. este hallazgo, coincide también con los resultados obtenidos por, Hernández, Olmedo e Ibáñez (2004), quienes encontraron que los sujetos que utilizan como estrategias de afrontamiento el escape y la evitación presentan mayores niveles de agotamiento emocional y del Síndrome de Burnout que los sujetos con un afrontamiento centrado en el problema, a nivel de correlaciones, estos autores señalan que únicamente cabe destacar la relación del factor de afrontamiento de evitación-escape con la escala general de “estar quemado” y su factor de agotamiento emocional.

Tanto la estrategia de control afectivo, planteada por Popp (2008), como la

de escape y evitación planteada por Hernández, Olmedo e Ibáñez (2004), son estrategias referidas al afrontamiento centrado en la emoción, lo que viene a confirmar los resultados planteados por Herrera (2012) quien afirma que la utilización de estrategias de afrontamiento que permiten el uso de los propios recursos cognitivos y que buscan una significación positiva y más adaptativa ante las situaciones estresantes, hacen que los sentimientos de agotamiento emocional disminuyan.

Por otro lado, la Estrategia de afrontamiento dirigida a la emoción presentó una carga significativa, moderada e inversa con la dimensión de Disminución de la sensación de eficacia del Síndrome de Burnout, lo que sugiere que, a medida que los trabajadores utilizan estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, tendrán una menor sensación de disminución de eficacia. Esto puede ser explicado a partir de lo expuesto por Lazarus y Folkman (1986) quienes exponen que en ocasiones el afrontamiento emocional es la forma más adaptativa para enfrentarse a determinadas situaciones, por lo que enfatizan la importancia de no evaluar las estrategias de afrontamiento sin considerar el contexto en el cual se emplean.

Otra posible explicación de estos resultados, es que la Disminución de la sensación de eficacia, a diferencia del Agotamiento emocional es una situación que genera impotencia y que no es fácilmente abordable por conductas específicas, por lo cual las estrategias emocionales se consideran más adaptativas, mientras que el agotamiento emocional responderá a situaciones controlables por el individuo y donde existe una posibilidad de cambio real, por lo que la utilización de estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas al problema servirían para eliminar la fuente de estrés considerándolas más adecuadas para esta dimensión (Sapene y Tommasino, 2001).

De igual forma, Llorens (1995) a partir de un estudio realizado exploró los procesos emocionales que se generan en el personal que trabaja con niños de la calle, sugiriendo que estos trabajadores perciben como fuera de su control las circunstancias a las cuales se ven sometidos en su ámbito laboral, lo cual produce sentimientos de frustración e impotencia. Estos sentimientos, son mejor afrontados con estrategias de tipo emocional dado que éstas logran disminuir su impacto negativo y adaptarse a la situación estresante, puesto que un estilo más dirigido al problema no sería una estrategia efectiva en tanto que los intentos de resolución de los problemas presentados podrían incrementar los niveles de frustración, ya que se desea hacer más y los resultados no son los esperados.

En conclusión, pareciera que los sujetos de la presente investigación, les ha resultado adaptativo la utilización de estrategias de afrontamiento a la emoción en tanto que esto les permite sentirse más eficaces en sus trabajos, disminuyendo así la impotencia que experimentan en el contexto laboral y las situaciones estresantes y fuera de su control a las cuales se pueden ver expuestos constantemente.

En relación a la Despersonalización, se evidenció una relación no significativa con ninguno de los estilos de afrontamiento, esto puede deberse a que dicha dimensión forma parte de la tercera fase del síndrome, y por ende de la más avanzada y complicada, de hecho, es una vivencia descrita sobretodo por la psiquiatría, en relación a esto, la literatura ha demostrado que el Síndrome de Burnout no surge de manera súbita sino que emerge de forma paulatina con un incremento progresivo en la severidad, comenzando por demandas laborales que exceden los recursos materiales y humanos y que causan en el trabajador sentimientos de ineficacia o percepción de incompetencia. la segunda fase se caracteriza porque el sujeto trata de sobrecompensar sus sentimientos duplicando entonces su trabajo y esfuerzos generando por ende agotamiento emocional, y por

último la fase en la que el trabajador realiza cambios conductuales con el fin de contrarrestar las tensiones experimentadas, desencadenando despersonalización (Cherniss, 1980). Esta se caracteriza por ser una deficiencia grave a nivel psicológico que no se espera que esté presente en la muestra utilizada, debido a que las características de la misma, así como el ambiente laboral en el que se desenvuelven no pareciera producir tal nivel de estrés como para desarrollar una perturbación psicológica tan grave.

Esto explica el porqué de las bajas puntuaciones de los trabajadores que integran la muestra de la presente investigación en la dimensión de despersonalización y porque esta dimensión del Burnout no se ve explicada en este momento por ninguno de los estilos de afrontamiento puesto que la muestra estudiada no cumple con los criterios clínicos.

Asimismo, las otras dos dimensiones del Síndrome de Burnout, Agotamiento emocional y Disminución de la sensación de eficacia, no presentaron relaciones significativas con las estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas al problema, distinto a lo que se esperaba, pues se pensaba que estas dos variables se iban a relacionar de forma inversa, sin embargo, los datos no permitieron llegar a conclusiones contundentes en cuanto a la asociación de estas. Autores como (Schaufelli et al., 2001; Maslach, 2001) mantienen la hipótesis de que no existen relaciones entre el síndrome de Burnout y el afrontamiento, justificando con esta argumentación la idea de que el síndrome sólo está relacionado con variables de tipo laboral. Sin embargo, a pesar de que no se encuentre una relación significativa, es importante destacar que las estrategias de afrontamiento pueden servir como factores de protección para evitar la presencia del Síndrome de Burnout.

En lo referente a la variable Jornada Laboral, los resultados obtenidos no

permitieron extraer conclusiones, debido a que las relaciones propuestas tanto con la variable dependiente Síndrome de Burnout, así como con Salud Psicológica resultaron ser no significativas.

Con respecto a la relación entre Jornada Laboral y Síndrome de Burnout, el resultado obtenido, resulta congruente con lo encontrado en el estudio de tipo observacional transversal realizado por Pera y Serra-Prat (2002), quienes demostraron que las variables como años de convivencia con pareja, años de profesión y horas de trabajo no se relacionan significativamente con el Síndrome de Burnout, siendo que las variables que más se vinculan con porcentajes de Burnout alto son otras variables demográficas como, sexo donde los varones correlacionan más con la incidencia del síndrome; edad, siendo los de mayor edad los que tuvieron índices superiores de Burnout y por último el tipo de contrato, en donde se observó que si el contrato es fijo aumenta la probabilidad de presentar síntomas del Síndrome de Burnout. De igual forma, Caballero, Nieto, Bermejo y Caballero (2001), no encontraron diferencias significativas respecto al tipo de turno (mañana o tarde) u horario laboral, ni a la realización de guardias, y antigüedad de años en el cargo, sin embargo, sí se encontró relación significativa con otras variables de tipo laboral como el tipo de contrato, donde los propietarios de plazas presentaban mayor síndrome con respecto al personal eventual, así mismo, a pesar de que no parece haber excesiva relación entre el fenómeno burnout y las variables sociodemográficas, se detectó una mayor vulnerabilidad en el varón respecto a la mujer, quizás causado por unas expectativas profesionales mayores al inicio de su carrera que no se ven satisfechas con el paso del tiempo.

Estos hallazgos resultan relevantes para la interpretación de los datos de la presente investigación, ya que, como se conoce las hipótesis propuestas con Síndrome de Burnout como variable dependiente en su mayoría resultaron ser no significativas, una de las posibles explicaciones para ello, además de las

mencionadas anteriormente, puede ser que la gran mayoría de la muestra utilizada correspondía a mujeres, las cuales, según la literatura revisada son menos vulnerables o propensas a desarrollar el Síndrome de Burnout.

Así mismo, otro factor que puede estar influyendo en las relaciones propuestas con jornada laboral como variable independiente, es que pareciera que más que la carga laboral o bien la cantidad de horas de trabajo lo que influye sobre el síndrome de burnout son los turnos en los que trabajan el personal del sector salud los cuales se caracterizan por ser más que prolongados, irregulares, esto resulta congruente con los hallazgos encontrados por Deschamps, Olivares, De la Rosa, Asunsolo (2011) quienes afirman que lo que realmente afecta a los trabajadores del área de la salud no es la cantidad de trabajo sino los turnos de los mismo, ya que, cambiar el ritmo natural sueño-vigilia afecta al trabajador aún con reducciones en la carga horaria, desarrollando así el Síndrome de Burnout o afectando la salud del mismo, Smith-Cogins, Roseking, Buccino, Dinges y Moser (1997) han demostrado que interrupciones crónicas del ritmo circadiano están asociadas a un mayor riesgos de desórdenes de sueño-vigilia, problemas gastrointestinales y cardiovasculares, no obstante, la muestra de la presente investigación se caracteriza por trabajar horas muy prolongadas o extensas directamente

Por su parte, con respecto a la hipótesis planteada entre Jornada Laboral y Salud Psicológica, como se dijo anteriormente, resultó ser no significativa, distinto a lo que se esperaba, puesto que se pensaba que la relación seria inversa, sin embargo, resultados como estos son congruentes con los encontrados por autores como Velázquez, Zamorano, Ruiz Monreal y Gil (2014), quienes encontraron, que el factor tiempo no representa un riesgo psicosocial entre las profesiones de la salud, aun cuando se reduce el tiempo de descanso e incluso cuando se llevan la actividad laboral a su casa a fin de concluirla.

Otra posible explicación para los resultados obtenidos, es que las horas prolongadas de trabajo influyen específicamente en el rendimiento del trabajador puesto que aumenta el cansancio y produce fatiga, aumentando el riesgo de desarrollar el síndrome de fatiga crónica, sin embargo, esto no es considerado un riesgo para la salud psicológica del individuo puesto que su manifestación suele ser fisiológica, asimismo, otra variable que se debe tomar en cuenta es que no todas las personas expuestas a un mismo horario de trabajo responden igual, puesto que el grado de tolerancia a los diferentes horarios varía considerablemente en función de las variables individuales, familiares, sociales y laborales así como de las variables referentes al área laboral (Fernández y Piñol 2000).

En conclusión, pareciera necesario un mayor número de investigaciones que permitan aclarar la relación existente entre la jornada laboral y la salud psicológica de los trabajadores, ya que, aunque se conoce que el trabajo en sistema de turnos influye negativamente en algunos aspectos de la vida de los trabajadores y en la salud de los mismo, existe muchas contradicciones en la evidencia empírica encontrada en cuanto a las jornadas laborales muy extensas y prolongadas.

Por último, se realizó un análisis adicional, en donde se pretendía conocer cómo era la relación entre las Estrategias de Afrontamiento y la Salud Psicológica, dicho análisis no estaba contemplado en los objetivos de la presente investigación, pero resulta de gran interés para comprender más profundamente cómo se comportan las variables del estudio. Al realizar el análisis, se encontró una relación directa y significativa entre estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción y la variable de Salud Psicológica, dejando ver que existe una covariación conjunta entre estas variables.

Estos resultados son congruentes con lo obtenido en la investigación realizada por Zapata, Quiroga, Bastida, Charra y Leiva (2013) quienes encontraron que la utilización de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción traen como consecuencia menor salud psicológica, mientras que menor empleo de las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema aumenta la probabilidad de sufrir afecciones en el bienestar psicológico, más específicamente, la poca utilización de la estrategias dirigidas al problema denominadas, autocritica y reestructuración cognitiva aumenta la probabilidad de padecer menor bienestar psicológico; mientras que, el uso de la evitación activa, estrategia está dirigida a la emoción, disminuye el bienestar. Así mismo, Chestnut, Morch, Rosario y Shinn (1984) confirman su hipótesis de que el estilo de estrategia de afrontamiento va a influir positiva o negativamente en la incidencia del Síndrome de Burnout así como en la salud psicológica de los trabajadores que laboran en el ámbito de la salud, en tanto que encontraron que el afrontamiento enfocado a la emoción, como lo son tomar pausas y enfocarse fuera del trabajo, se relacionan positivamente con la tensión psicológica y por ende, con altas probabilidades de sufrir el Síndrome de Burnout y malestar psicológico en general.

Para finalizar, en afán de entender los resultados obtenidos en la presente investigación en cuanto a la confiabilidad del cuestionario Maslach Burnout Inventory, se realizó una búsqueda teórica donde se revise la evaluación del Síndrome de Burnout por medio de dicho instrumento, dentro de la información encontrada destaca la investigación realizada por Ortega y López (2003), quienes realizaron una revisión del concepto del burnout, las variables de las que depende, las medidas más utilizadas, las consecuencias del mismo y las estrategias de intervención que se han desarrollado para prevenir y tratar dicho síndrome.

En dicho trabajo teórico, los autores exponen que de todos los instrumentos, el más utilizado es el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y

Jackson (1986), sin embargo, este ha presentado diversos problemas, entre los que destacan: 1) Los enunciados se centran en las propias emociones y sentimientos, pero no hace referencia a las conductas que se hacen o que dejan de hacerse cuando surgen dichas emociones y sentimientos; 2) algunos términos no son claros conceptualmente, pues puede variar su significado a nivel individual; 3) las subescalas poseen una diferencia entre ellas en cuanto al número de ítems con las que cuentan; 4) se trata de un formato cerrado que no se ajusta a las diversas condiciones que se pueden crear en el ambiente de trabajo que posiblemente mantengan una situación de sufrimiento en el trabajador; 5) los ítems que describen sentimientos no preguntan directamente por ellos y 6) las categorías de respuestas no son mutuamente excluyentes entre sí, lo que puede dar lugar a ambigüedad ya que no se limitan los períodos de tiempo concretos.

Todos estos factores, pudieron estar presentes en la medición de la variable, y pueden ser la explicación del comportamiento del instrumento en la población estudiada en la presente investigación, además, estos mismos autores, encontraron que existen críticas y reflexiones acerca del concepto y dimensionalidad del burnout que inciden directamente en las consecuencias del MBI como instrumento más adecuado de medida, tal y como resultó en la presente investigación, en donde cada una de las dimensiones se comportaron de forma diferente con la población evaluada, mostrando así puntajes significativamente diferentes entre ellas.

Finalmente, es necesario destacar que otra posible razón por la cual los resultados no dieron exactamente como se esperaba puede deberse a la heterogeneidad de la muestra utilizada específicamente con respecto a las ocupaciones que estos desempeñan, ya que dentro de la misma, se encontraban psicólogos, terapistas de lenguaje, profesores de educación física, profesores de aula, terapistas ocupacionales, profesores de música, entre otros, y, a pesar de

que todos ellos trabajan directamente con niños y jóvenes de entre 4 y 18 años de edad diagnosticados con algún trastorno del neurodesarrollo, las demandas y exigencias de cada uno de los roles que desempeñan estos sujetos son diferentes y por ende la forma de abordar las situaciones estresantes, así como las consecuencias que trae consigo el ambiente de trabajo y todas las variables laborales que influyen en el desarrollo del Síndrome de Burnout y en la afección de la Salud Psicológica, se manifiestan de forma muy distinta en cada uno.

Conclusión

De acuerdo a los resultados obtenidos y discutidos previamente en relación al problema de investigación, del presente estudio se derivan una serie de conclusiones a tomar en cuenta tanto a nivel teórico como práctico.

Con respecto a las hipótesis propuestas, se encontró que, en cuanto al Síndrome de Burnout, la subdimensión de Agotamiento emocional se ve mejor explicada por las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción, lo que indica que el uso de este tipo de estrategias de afrontamiento por parte de los trabajadores que laboran con niños con trastorno del neurodesarrollo aumenta la probabilidad de desarrollar Agotamiento emocional.

A su vez, las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción se relacionaron inversa y significativamente con la subdimensión del Burnout denominada Disminución de la sensación de eficacia, lo que sugiere que los trabajadores que utilicen dichas estrategias tendrán una menor Disminución de la sensación de eficacia, esto puede suceder porque esta subdimensión genera impotencia, por ende, no es fácilmente controlable, es por esto que la utilización de este tipo de estrategias por parte de la muestra del estudio resultó ser más adaptativa.

Por su parte, en cuanto a la subdimensión de Despersonalización, de la variable Síndrome de Burnout, ésta no presentó relaciones significativas con

ninguno de los estilos de Estrategias de afrontamiento al estrés, debido a que dicha dimensión forma parte de la tercera fase del síndrome, siendo la más avanzada y complicada, lo que deja ver que la muestra utilizada puede presentar algunos síntomas del Burnout más no aquellas manifestaciones más graves del mismo, mostrando así que dichos trabajadores no padecen de Burnout como factor general.

En cuanto a las Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema, esta no mostró relación significativa con ninguna de las otras dos subdimensiones del Síndrome de Burnout (Agotamiento emocional y Disminución de la sensación de eficacia), esto puede deberse a que, como sugieren algunos autores, el síndrome sólo está relacionado con variables de tipo laboral que no fueron consideradas en el presente estudio. Sin embargo, a pesar de que no se encuentre una relación significativa, dichas estrategias de afrontamiento pueden servir como factores de protección para evitar la presencia del Síndrome de Burnout.

Con respecto a la variable Jornada laboral, esta no resultó tener relación significativa con las variables predichas Síndrome de Burnout y Salud psicológica, lo que demuestra que el factor tiempo no representa un riesgo psicosocial entre los trabajadores que laboran con niños con trastorno del neurodesarrollo, además, es importante tomar en cuenta que no todas las personas expuestas a un mismo horario de trabajo responden igual, puesto que el grado de tolerancia a los diferentes horarios varía considerablemente en función de las múltiples variables que se pueden ver implicadas.

Además, en base a los resultados obtenidos y la bibliografía revisada, se infiere que, lo que influye sobre el Síndrome de burnout pueden ser los tipos de turnos en los que trabaje el personal, siendo que, si estos turnos se caracterizan por ser irregulares, aumenta la probabilidad de desarrollar dicho Síndrome.

Por último, es importante destacar que, la identificación de los factores de riesgo psicosocial a los que pueden estar expuestos los trabajadores que laboran dentro del área de cuidado de personas con trastornos del neurodesarrollo permitirá adoptar medidas preventivas, que pueden ser útiles para mejorar la salud y la calidad de vida de este colectivo profesional.

Limitaciones y recomendaciones

La primera limitación de la investigación y probablemente la más relevante, fue la imposibilidad de plantearse un modelo de estudio más complejo y posiblemente más adecuado como lo era un modelo de ruta, debido a lo específica y limitada que era la muestra representaba una gran dificultad poder cumplir con el supuesto muestral de dicho modelo. Debido a esto, se recomienda entonces que para futuras investigaciones se tome en consideración ampliar la muestra hasta llegar a al menos 300 personas, de esta forma, se podrá realizar un análisis de ruta, tal y como se pensó en un principio para la presente investigación.

Inclusive reduciendo el número de sujetos a utilizar para la investigación, el acceso a la muestra representó una limitación, la cantidad de personal que trabaja directamente en las instituciones con niños y jóvenes de entre 4 y 18 años diagnosticados con trastornos del neurodesarrollo es restringida, y se observó muerte experimental, ya que muchas de las personas que accedían a participar en el estudio no terminaban respondiendo la prueba, o sólo lograban responder alguno de los instrumentos. Otra limitación de la investigación como consecuencia de la muestra, es que, considerando lo especifica de la misma, se limita la posibilidad de generalización de los resultados obtenidos a otro tipo de población.

Otra de las principales limitaciones del presente estudio, es que gran parte de la información teórica que fue empleada como respaldo empírico para explicar la relación entre las variables, estuvo constituida en su mayoría por estudios científicos realizados en varias culturas, diferentes a la Venezolana,

principalmente, en Estados Unidos, esto, es uno de los aspectos a partir del cual se podría suponer que las diferencias culturales, sociales, económicas y políticas pueden apuntar a resultados diversos en los diferentes contextos de investigación en cuanto a las variables planteadas. Por ello, se recomienda realizar un mayor número de investigaciones relacionadas con el Síndrome de Burnout, las Estrategias de afrontamiento al estrés y la Salud Psicológica en el contexto venezolano. De esta forma, se lograría entonces la sistematicidad en cuanto al estudio científico de las variables ya mencionadas en la población venezolana lo que podría ayudar a dar un panorama más claro y certero acerca de su comportamiento en esta población.

En esta misma línea de ideas relacionadas con aspectos teóricos, resultó operativamente imposible controlar una serie de variables que posiblemente estaban influyendo en el momento en que los sujetos que conformaron la muestra respondieron a los instrumentos de la investigación, esto, debido a que, sobretodo las variables Síndrome de Burnout y Salud Psicológica, se podían estar viendo afectadas por los acontecimientos políticos y sociales que para el momento estaban sucediendo en el país. Por ello, se recomienda controlar las variables que conocen afectan en el desarrollo del síndrome y perturbación de la salud psicológica para obtener mayor claridad con respecto a dichos fenómenos.

También se recomienda incluir en el estudio otras variables que se encontraron importantes y que podían influir en el Síndrome de Burnout y por ende en la Salud Psicológica de los trabajadores, como por ejemplo, el tipo de trastorno que padece la persona a la que se le ofrece el cuidado, autores como Masanet y Parra (2011) confirmaron que el tipo de dependencia influye sobre los efectos del cuidado en los cuidadores, así mismo, resulta importante considerar que varios sujetos reportaron durante la aplicación de las pruebas que la experiencia laboral y la cantidad de tiempo que la persona se encuentra trabajando en la institución

sería una variable interesante a tomar en cuenta.

Así mismo, debido a los resultados encontrados es recomendable en futuras investigaciones plantearse como posible hipótesis la relación existente entre las variables estrategias de afrontamiento al estrés y la salud psicológica, realizando una exploración más profunda, proponiendo como variable independiente las estrategias de afrontamiento y viendo cómo influye esta en la salud psicológica, siendo fundamentado además por evidencia empírica que se ha encontrado en varias investigaciones antes mencionadas en el presente estudio.

En cuanto a los instrumentos utilizados, es recomendable validar las escalas empleadas en la presente investigación para la muestra específica de trabajadores que laboren con niños diagnosticados con trastornos del neurodesarrollo, ya que, a pesar de que los instrumentos estaban validados en Venezuela, parecieran no comportarse igual para todos los sujetos. Así mismo, la recomendación acerca de realizar modificaciones técnicas a los instrumentos con interés de incrementar sus cualidades psicométricas se sugiere también para todas las escalas utilizadas en miras de una réplica parcial, más especialmente para el Maslach Burnout Inventory, siendo este instrumento el que arrojó la confiabilidad más baja del estudio, por ende, se sugiere realizar las modificaciones técnicas y tener evidencia psicométrica más adecuadas para dicha escala.

Se sugiere la realización de estudios longitudinales para comprender cómo es el desarrollo y comportamiento del Síndrome de Burnout a través del tiempo, los factores predictores y con qué patología psicológica y física se puede ver asociada, específicamente en trabajadores que laboran con niños con trastornos del neurodesarrollo, puesto que esta población ha sido poco estudiada en Venezuela en cuanto a la incidencia del Burnout en la misma. Así mismo, las futuras investigaciones en torno a esta población, deberían enfocar la variable de

Jornada laboral en cuanto al tipo de turno laborado, más que en la cantidad de horas.

De igual forma, para futuras investigaciones se recomienda especificar la muestra en relación a las ocupaciones que cada sujeto de la misma desempeña, esto, para evitar la influencia de la heterogeneidad en los valores de las variables estudiadas, puesto que al ser diferentes las demandas laborales, las personas pueden experimentar distintos niveles de estrés o cansancio y por ende la forma de afrontar cada situación varía.

Finalmente, es recomendable conocer si existe diferencias significativas entre las instituciones en los niveles de Burnout de los trabajadores de las mismas, ya que se conoce que la infraestructura, los recursos materiales, recursos humanos, entre otras variables, influyen en el desarrollo del síndrome, así mismo, autores como Guillen y Guil (2000) propone que entre los factores que pueden favorecer la aparición de síntomas del Burnout, se incluye el ambiente físico de trabajo que genera un incremento en la sensación de agotamiento emocional. A raíz de esto se puede pensar que instituciones como CEPIA, Aldeca, Invedin y Center corresponden a instituciones que impresionan tener mayor cantidad de recursos materiales y humanos que las demás instituciones pertenecientes a la muestra de la presente investigación (Sovenia, Instituto Dr. J Orellana, Instituto vista alegre, e Instituto Dr. Pastor Oropeza).

Referencias Bibliográficas

Abt, L., & Bellak, L. (1967). *Psicología proyectiva.* Buenos Aires: Paidos.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2013). Intellectual Disability. Recuperado de: https://aaidd.org/intellectual-disability#.WDTdKRrhDIU

American Psychological Association.(2009). Divisions of APA. Recuperado de: http://www.apa.org/about/division/div5.aspx

American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ta ed.). Washington, DC, Estados Unidos.

Agudo, M., & González, M. (2005). *Análisis psicométrico de los indicadores de depresión del test del dibujo de figura humana bajo la lluvia* (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Amutio, A., Ayestaran, S., & Smith, J. (2008). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 24*(2), 235-252.

Anastasi, A., & Urbina, S. (2001). *Tests psicológicos.* México: Mc Graw- Hill.

Anderson., G. & Anderson, H. (1978). *Técnicas proyectivas del diagnóstico*

psicológico. Madrid: Riald.

Arenas, O., & Andrade, V. (2013). Factores de riesgo psicosocial en una industria alimenticia de la ciudad de Cali. *Pensamiento psicológico, 11* (1), 99-113.

Arias-Gundín, O. (2009). Trastornos del desarrollo. *Padres y maestros,* (326), 33-37.

Arraíz, M., & Santander, L. (2000). *Estudio epidemiológico de los trastornos del desarrollo en niños de edad escolar de nivel socio demográfico medio-bajo.* (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Barilari, Z., Beigbeder, C., & Colombo, R. (2000). *Indicadores de abuso y maltrato infantil en la prueba gráfica "persona bajo la lluvia"*. Santiago del Estero: Sainte Claire Editora.

Barria, J. (2002). *Síndrome de Burnout en asistentes sociales del servicio nacional de menores de la región metropolitana de Chile.* (Tesis de Grado de Magister). Universidad Católica de Chile.

Bell., J. (1980). *Técnicas proyectivas: Exploración de la dinámica de la personalidad.* Bueno Aires, Argentina: Editorial Paidos.

Belloch, F., Sandín, B., & Ramos, F. (2008) *Manual de psicopatología. Volumen I.* España: McGraw Hill.

Bergadá, M., Neudeck, V., Parquet, C., Tisiotti, P., & Dos Santos, L. (2005). La salud mental de los educadores: el Síndrome de Burnout en los profesionales de una escuela diferencial de la ciudad de Corrientes. *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas.*

Blanco, A., & Rojas, M. (2008). *Estudio exploratorio-descriptivo-comparativo de características de las expresiones gráficas en la prueba Persona bajo la lluvia, en adolescentes de 11 a 13 años víctimas de agresión sexual* (Trabajo de grado de Licenciatura). Universidad de Chile, Chile.

Bracco, C., & Reyna, C. (2011). Síndrome de Burnout y estrategias en acompañantes terapéuticos. *Revista de Investigación en Psicología, 14*(2)

Borelle, A., Maidá, M., & De Luca, M. (2013). *El test persona bajo la lluvia en niños de edad escolar con trastornos psicosomáticos. Revista Virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador, 32,* 36-55.

Caballero, M., Bermejo, F., Nieto, F., & Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. *Atención primaria, 27* (5), 313-317.

Canino, E., Groeger, C., & Robles, J. (1994). *Adaptación del cuestionario* Excitabilidad Individual: confiabilidad, análisis de ítems y estructura factorial. Argos, *19*, 43-65.

Cárdenas, L. (2014). *Estrés percibido en cuidadores primarios de personas que presentan Autismo (Trabajo de grado de Maestría)*. Universidad autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

Carlín, M. & Garcés, E. (2010). El Síndrome de Burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología, 26*(1), 169-180.

Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies; a theoretically based approach.*Journal of Personality and Social Psychology,*

56(2), 267-283.

Castejón, J,. García, J., Gilar, R., Gomis, N.,González, C., Ivorra, S. et al. (2011). *Dificultades y trastornos de aprendizaje y del desarrollo en infantil y primaria.* (4ta ed.). Alicante, España: Editorial Club Universitario.

Cherniss, C. (1980). Professional Burnout in human service organizations. Nueva York: Praeger.

Chestnut, D,.Morch, H., Rosario, M., & Shinn, M. (1984).Coping with job stress and Burnout in the human services. *Journal of Personality and Social Psychology, 46* (4), 884-876.

Chiavenato, I. (1999). *Administración de Recursos humanos*(5ta ed.). México: Mc. Graw Hill.

Contreras, A. (2014). Sobrecarga emocional del cuidador familiar de niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revisalud Unisucre, 2*(1), 15-30.

Cova, R., & Figueiredo, M. (2004). Estudo de estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *Revista escuela de enferm, 38* (2), 60-152.

D'Aubeterre, M. (2011). *Bienestar psicológico, fuentes de estrés ocupacional y satisfacción laboral en docentes de educación básica.* (Trabajo de Postgrado). Universidad Simón Bolívar, Caracas, Venezuela.

Deschamps, A., Olivares, S., De la Rosa, K., & Asunsolo, A. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del síndrome de burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del trabajo, 57* (224), 224-241.

De Franca, F., Ferrari, R., Ferrari, D., & Alves, E. (2012).Burnout y aspectos laborales del personal de enfermería de dos hospitales de medio portea. *Revista Lati-Am. Enfermagem, 20*(5), 1-9.

De Jongh, S., & Parodi, D. (2003). *Análisis psicométrico de los indicadores de estrés y estrategias de afrontamiento en el Test del Dibujo de Figura Humana Bajo la Lluvia (Trabajo de Grado de Licenciatura)*. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

De León, M. (2011). *Estrategias de afrontamiento que utilizan los padres de familia para enfrentar el trastorno del espectro autista en su hijo* (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad Rafael Landívar, Guatemala.

Do Carmo, M., Chaves, M., De Cassia, R., Almeida, L., De Oliveira, I., & Pedrao, L. (2010). Exceso de trabajo y agravios mentales a los trabajadores de la salud. *Revista Cubana de Enfermería, 26* (1), 52-64.

Durán, M. (2010). Bienestar psicológico: El estrés y la calidad de vida en el contexto laboral. *Revista Nacional de Administración, 1* (1), 71-84.

Evans, S., Huxley, P., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., Medina, J., Kendall, T., & Katona, C. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England wales. *British Journal of Psychiatry 188*, 75-80.

Escuela de Psicología (2002). Contribuciones a la deontología de la investigación en psicología. Caracas, Venezuela: Publicaciones UCAB.

Espada, M., & Grau, C. (2012). Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología, 9* (1), 25-40.

Fernández-Abascal, E., Chóliz, M., Palmero, S., & Martínez, F. (1997). *Cuadernos*

de práctica de motivación y emoción. (1era ed.). España: Editorial España S.A Ediciones.

Fernández, R. (2010). *La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo*. (1era ed.). España: Editorial Club Universitario.

Fernández, J., & Piñol, E. (2000). Horario laboral y salud: consecuencias psicológicas de los turnos de trabajo. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 5* (3), 207-222.

Feo, J. (2008). *Influencia del trabajo por turnos en la salud y la vida cotidiana*. (Trabajo de especialización en salud ocupacional) Universidad Javeriana. Bogotá.

Fontana, D. (1992). *Control del estrés*. (1era ed.). México D.F. México: Editorial el manual moderno.

Forrest, M., & Thomas, G. (1991).An exploratory study of drawings by bereaved children.*British Journal of Clinical Psychology, 30,* 373-374.

Fiuza, M., & Fernández, M. (2014). *Dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo: Manual didáctico.* (1era ed.). Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Freudenberger, H. (1980). Burn-out. Nueva York: Doubleday. http://www.abacolombia.com.

Frith, U. (1995). Dyslexia: can we have a shared theorical framework?.*Educational and Child Psychology, 12,* 6-17.

Ganster, D. & Schaubroeck, J. (1991). Work, stress and employee health. *Journal of Management, 17*, 235-271.

García - Sánchez, J. (2003). Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo. Conceptualización, ámbito y modelo integrador. En J.N.

García-Sánchez (coord.), *Intervención psicopedagógica en los trastornos del desarrollo.* 2a. ed. Madrid: Pirámide.

Garrido, P., Figueroa, V., Fuentes, M., Quijada, I., & Espinoza, E. (2008). Caracterización y nivel de conocimiento del cuidador informal de usuarios con dependencia severa adscritos al centro de salud Violeta Parra-Chillán. *Theoria, 17*(2), 7-14.

Gardner, R.C. (2003). *Estadística para Psicología usando SPSS para Windows*. México: Pearson Educación de México.

Gibbons, P., Flores de Arévalo, H., & Mónico, M. (2004). Assessment of the factor structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in el Salvador. *International Journal Clinical and Health Psychology, 4* (2), 389-398.

Gil, P., García-Juesas, J., & Hernández, M. (2008) Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Interamerican Journal of Psychology 42* (1), 113-118.

Gil, P., Núñez, E., & Selva, Y. (2006).Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y síntomas cardiovasculares: Un estudio en Técnicos de prevención de riesgos laborales. *Interamerican Journal of Psychology 40 (2)*, 227-232.

Gil, P. R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la

intervención. *PsicoPediaHoy*, *3*(5). Disponible en: http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion/

González, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014). Estrategias de afrontamiento y estilos parentales en madres de niños con y sin trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pensando Psicología, 10*(17), 71-84.

Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de psicología, 19*(1), 145-158.

Guillen, C., & Guil, R. (2000) Psicología del trabajo para las relaciones laborales. (2da ed.). España: McGraw Hill Interamericana de España.

Grant, K., Compas, B., Thurm, A., McMahon, S., Gipson, P., Campbell, A., Krochock, K., & Westerholm, R. (2006) Stressors and child and adolescent psychopathology: evidence of moderating and mediating effects. *Clinical psychology review, 26,* 257-283.

Hair, J., Anderson, R., Tathan, R., & Black, W. (2007). *Análisis multivariante* (5ta ed.). Madrid, España: Prentice Hall.

Herrera, J. (2012). *Programa de intervención cognitivo narrativo centrado en estrategias de afrontamiento para la reducción de síntomas de burnout en las madres de la aldea infantil SOS Floridablanca.* (Trabajo de especialización en psicología clínica). Universidad Pontificia Bolivariana Seccional Bucaramanga. Bucaramanga.

Hernández, J. (2003).Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev Cubana Salud Pública, 29*(2), 103-10.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ta ed.). México: McGraw Hill.

Hernández, G., Olmedo, E., & Ibáñez, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4* (2), 323-336.

Holmes, T. & Rahe, R. (1967).The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research, 11*, 213-218.

Instituto de Salud y Seguridad Ocupacional de Estados Unidos (NIOSH), (2003).

Jackson, S., Schwab, R., & Schuler, R. (1986).Toward and understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology 71*(4), 630-640.

Jhonson, J. (1971). Note to validity of Machover´s indicators of anxiety. *Perceptual and motors skills, 33,* 126.

Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact.*Nervous Child, 2,* 217-250. Traducido por Teresa Sanz Vicario. Publicado en la Revista Española de Discapacidad Intelectual Siglo Cero.

Kerlinger, F. (1998). *Investigaciones del comportamiento* (3era ed.). México: Mc. Graw Hill.

Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigaciones del comportamiento* (4ta ed.). México: Mc. Graw Hill.

Khanna, R., Suresh, S., Smith, M., Patrick, J., & Becker-Cottrill, B,. (2011). Assessment of Health-Related Quality of Life Among Primary Caregivers of Children with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord, 41*, 1214-1227.

Kushnir, T., & Melamed, S. (1992). The Gulf Ward and its impact on Burnout and wellbeing of working civilians. *Psychology Medicine, 22*(4), 987-995.

Landsbergis, P. (2004). Jornadas de trabalho longas, hipertensao, e doenca cardiovascular. *Cadernos de Saude Pública, 20* (6), 1746-1748.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer.

Lecavalier, L., Leone, S., & Wiltz, J. (2006). The impact of behavior problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders.*Journal of Intellectual Disability Research, 50* (3), 172.183.

Leiter, M. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of organizational behaviour, 12*, 123-144.

Leiter, M. (1991). The dream denied: Professional Burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology, 32*(4), 547-558.

León, O., & Montero, I. (1998). *Métodos de investigación en psicología y educación.* Madrid, España: McGraw-Hill Interamericana.

Ley Orgánica del Trabajo, Trabajador y Trabajadora de Venezuela, (2016).

Llorens, M. (1995). *Relación entre la búsqueda de estimulación, el sexo, los factores de personalidad de Catell y las estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes y de reto utilizadas*. (Tesis de grado de Licenciatura no publicado), Universidad Católica Andrés Bello, Caracas.

Luque, D. (s.f.) Trastornos del desarrollo, discapacidad y necesidades educativas especiales: elementos psicoeducativos. *OEI-Revista Iberoamericana de Educación.*

Martín, M., Ballesteros, J., Ibarra, N., Loizaga, C., Serrano, B., & Larumbe, M. (2002). Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distrés psíquico: Una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas Españolas de Psiquiatría, 30,* 201-206.

Martins, J., & Do Carmo, M. (2009). Nurses work in intensive care units feelings of suffering. *Revista Latino-am Enfermagem, 17* (1), 52-58.

McGonigal, K., (2016). *El estrés el lado bueno: El estrés es bueno para tí cómo puedes volverte bueno para él*. Océano.

Masanet, E., & La Parra, D. (2011). Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Revista española salud pública, 85* (3), 257-266.

Mash E., & Barkley. (2014). *Child psychopathology.* Londres. Prentice Hall.

Maslach C, Jackson S. (1986) *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

Maslach, C. (1982). *Burnout; the cost of caring*. New York: Prentice Hall.

Maslach, C. (2001). What have we learned about burnout and health?. *Psychology & Health, 16* (5), 607-611.

Maslach, C. (2009). *Understanding burnout*.University of California, Berkeley.

Maslach, C., & Leiter, P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology, 93*(3), 498-512.

Meadan, H., Halle, J., & Ebata, A. (2010). Families with children who have autism spectrum disorders: Stress and support. *Exceptional Children, 77* (1), 7-36.

Mingote, J., Moreno, B., Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos; revisión y propuesta de prevención .*Med Clin (Barc), 123* (7), 70-265.

Mirotti, A. (2005). *Introducción al estudio de las técnicas proyectivas* (1era ed.). Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.

Mitjáns, A. (2009). La perspectiva histórico-cultural y la educación especial: Contribuciones iniciales y desarrollos actuales. *Revista Electrónica Actualidades Investigación en educación, 9, 1-28.*

Molina, J., & Andrade, C. (2002). The factor structure of the GHQ-60 in a community sample: A scaled version for the Spanish population. *Advances in Relational Mental Health*, *1*, 51-69.

Molina, A., García, M., Alonso, M., & Cecilia, P. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten Primaria, 31*(9), 64-74.

Montobbio, E. (1995). *El viaje del Sr. Down al mundo de los adultos*. Barcelona: Masson.

Muntaner, J. (2010). De la integración a la inclusión: Un nuevo modelo educativo. *Tecnología e inclusión en el ámbito educativo, laboral y comunitario.* Murcia.

Murofuse, N., Abranches, S., & Napoleao, A., (2005). Reflexões sobre estresse e burnout e a relaçãocom a enfermagem. *Rev. Latino-Am Enfermagem, 13*(2), 61-255.

Núñez, A., & Socorro, D. (2005). *Influencia de la expresividad emocional, ambivalencia emocional, apoyo social, edad, sexo, estado civil sobre la salud psicológica*. Trabajo de grado de Licenciatura en Psicología. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Obando, D. (2009). *Experiencias de los cuidadores de niños y niñas de una institución* (Trabajo de licenciatura). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Ogus, E. (1992). Burnout and coping strategies. A comparative study of ward nurses. *Journal of Social Behaviour and Personality. 7*(1), 111-124.

Organización Mundial de la Salud, (2016). Temas de salud: salud mental. Recuperado de: http://www.who.int/topics/mental_health/es/

Omar A. (1995). *Stress y coping*. Buenos Aires: LUMEN.

Oster, G., & Montgomery, S. (1996). *Clinical uses of drawings.* USA: Jason Aronson.

Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing 33*(3), 396-405.

Pearlin, L. (1999). The stress process revisited: reflections on concepts and their Interrelationships. *In Handbook of The Sociology of Mental Health*, 395-415.

Peña, G. (2009). Estadística inferencial. Una introducción para las ciencias del comportamiento. (1era ed.). Publicaciones UCAB: Caracas, Venezuela.

Pera, G., & Serra-Prat, M., (2002). Prevalencia del Síndrome del Quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit, 16*(6), 6-480.

Pérez, E., Fulgencio, M., & González, A. (2013). Burnout en personal de estancias infantiles y su relación con las habilidades y conocimientos requeridos para el puesto. *Revista de Educación y Desarrollo 24*.

Pérez, E., & Medrano, L. (2010). Análisis factorial exploratorio: Bases conceptuales y metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 2(1), 58-66.*

Pérez, J. (s.f). Una aproximación histórica al concepto de educación especial. *Revista de educación especial, 17,* 21-40.

Pérez, M., & Rámos, F. (1995). El autismo infantil. En Belloch, a

Piccone, A. (2009). Sistematización de indicadores gráficos en el test de Persona bajo la Lluvia a través del Rorschach. *I Congreso de investigación y práctica profesional en Psicología XVI Jornadas de investigación Quinto encuentro de investigadores en Psicología del MERCOSUR.* Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Piven, M., & Palmer, P. (1999). Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: Evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *Am J Psychiatry, 156*, 557–563.

Popp, M. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria. 25*(1), 5-27.

Querol, S., & Alcañiz, S. (2001). *Selección de personal: Aplicación del test de la persona bajo la lluvia y análisis grafológico del relato.* Buenos Aires: Lugar Editorial.

Querol, S., & Chaves, M. (1997). *Adaptación y aplicación del test de la persona*

bajo la lluvia. Buenos Aires: JVE Psiqué.

Quiroz, R., & Saco, S., (1999). Factores asociados al Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional sur este de ESSALUD del Cusco. *Revista semestral de la Facultad de Medicina Humana,* (23), 11-22.

Real Academia Española. (2017). *Diccionario de la lengua española.* (30ª ed.) Madrid:España.

Rebollo, M. & Rodriguez, S. (2006) El aprendizaje y sus dificultades. *Revista neurológica, 42*(2)*,* 139-142.

Resnick, M., Gomatam, S., Carter, R., Ariet, M., Roth, J., Kilgore, K., Bucciarelli, R., & cols. (1998) Educational disabilities of neonatal intensive care graduates. *Pediatrics, 102(2).*

Rodríguez, A., Hernández, L., & Caicedo, M. (2014) Estrategias de afrontamiento y características sociodemográficas en padres de hijos con trastorno del espectro autista. *Revista virtual Universidad Católica del Norte, 42,* 111-126.

Rodríguez, A., Cruz, M., & Merino, J., (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales, de la octava región, Chile. *Ciencia y enfermería XVI , 6*(2), 75-85.

Rojas, R., & Sánchez, Y. (2001). Relación entre variables sociodemográficas, compromiso organizacional, locus de control y apoyo social, sobre el nivel de estrés en estudiantes de postgrado (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry, 147.*

598-611.

Salanova, M., & Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo. 29(1),* 59-67. Recuperado de: http://www.cop.es/papeles.

Salazar, I., & Arrivillaga, M. (2004). El Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas, Como Parte del Estilo de Vida de Jóvenes Universitarios. *Revista Colombiana de Psicología, 13*, 74-89.

Sanabria, P., González, L., & Urrego, D. (2007). Estilo de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med, 15* (2), 207-217.

Sánchez, A., De Lucas, N., García-Ochoa, M., Sánchez, C., Jiménez, J., & Bustinza, A. (2001). Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias. 13*, 170-175.

Santander (2007). *Estrategias de afrontamiento del estrés y burnout en trabajadores del programa de violencia familiar de la ciudad de córdoba.* (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad Empresarial Siglo 21. Córdoba, Argentina.

Sapene, A., & Tommasino, A. (2001). *Afrontamiento, apoyo social, género y burnout en personal que trabaja con niños de la calle e institucionalizados* (Trabajo de Grado de Licenciatura). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Sarafino, E., & Smith, T. (2011). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. (7ma ed.). USA: John Wiley & Sons.

Sawyer, M., Bittman, M., La Greca, A., Crettenden, A., Harchak, T., & Martín, J.

(2010). Time demands of caring for children with autism: what are the implications for mental health?.*J. Autism Dev. Disord, 40*, 620-628.

Schaufelli, W., Bakker, A., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychology & Health, 16* (5), 565-582.

Seguí, J., Ortiz, M., & De Diego, Y. (2008). Factores asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Anales de psicología. 24,* 100-105.

Seidman, S., & Zager, J. (1991). A study of coping behaviours and teacher burnout. *Work & stress: An international Journal of Work, Health & Organisations, 5*(3), 205-216.

Simpson, L., & Grant, L. (1991). Sources and magnitude of job stress among physicians. *Journal of Behavioral Medicine, 14* (1).

Sivori, M. (2005). Persona Bajo La Lluvia consideraciones teóricas y criterios de interpretación. *Revista de psicología UCA, 1,* 1-2.

Smith-Cogins, R., Roseking, M., Buccino, K., Dinges, D., & Moser, R. (1997). Rotating shiftwork schedules: can we enhance physician adaptation to night shifts?. *Academic emergency medicine, 4* (10), 951-961.

Tajalli, P., Hooman, H., Afrooz, G., y Bonab, B. (2011). A comparison of coping strategies used by mothers of children with and without. *ADHD, 1*(1), 11-13.

Tiet, Q., Bird, H., Davies, M., Hoven, C., Cohen, P., Jensen, P., & Goodman, S. (1998). Adverse life events and resilience. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37(11).*

Trucco, M., Valenzuela, P., & Trucco, D. (1999). Estrés ocupacional en personal de salud. *Revista médica de chile, 127*(12), Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98871999001200006&script=sci_arttext

Uriel, E. (2013). *Regresión lineal múltiple: estimación y propiedades*. Universidad de Valencia.

Velázquez, Y., Zamorano, B., Ruiz, L., Monreal, O., & Gil, H. (2014). EL horario laboral como elemento de riesgo psicosocial en los profesionales de la salud. *SABER Revista Multidisciplinaria del Consejo de Investigación de la Universidad de Oriente. 26* (4), 409-415.

Vernis, J., Lichtenberg, E., & Henrich, L. (1974). The Draw-a-person in the rain technique: Its relationship to diagnostic category and other personality indicators. *Journal of clinical Psychology, 30* (3), 407-414.

Watkins, E. Campbell, V., Nieberding, R. & Hallmark, R. (1995). Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology. Research and practice, 26*, 54-60.

Wicks-Nelson, R., & Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y adolescentes*. (3ra ed.)

Zapata, A., Quiroga, A., Bastidas, M., Charra, S., & Leiva, J. (2013). Evaluación del bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en padres con niños o adolescentes con retraso mental leve. *Psiencia Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 5*(1), 16-23.

ANEXOS

Anexo A. Ways of CopingScale WOC de Lazarus y Folkman (1986) y adaptada por Llorens 1995

Instrucciones

Lea por favor cada uno de los ítems que se presentan a continuación y señale, rodeando la opción con un círculo, si usted actuó, en alguna medida, en esa forma, o no actuó en ninguna medida en esa forma, al enfrentar a una situación estresante en su trabajo.

Opciones de respuesta:

0= no actué así en lo absoluto

1= actué así en alguna medida

	En absoluto	En alguna medida
Creí que el tiempo cambiaria las cosas y que todo lo que tenia que hacer era esperar	0	1
Hablé con alguien para averiguar más sobre la situación	0	1
Me critiqué o sermoneé a mi mismo	0	1
Confié en que ocurriera un milagro	0	1
Acepte la simpatía y compresión de alguna persona	0	1
Me sentí inspirado para hacer algo creativo	0	1
Intente olvidarme de todo	0	1
Acepte la segunda posibilidad mejor, después de la que yo quería	0	1
De algún modo exprese mis sentimientos	0	1
Hable con alguien que podía hacer algo concreto por mi problema	0	1
Me aleje del problema por un momento, intente descansar o tomar vacaciones	0	1
Mantuve mi orgullo y puse al mal tiempo buena cara	0	1
Cambie algo para que las cosas fueran bien	0	1
Pregunte a un pariente o amigo y respeté su consejo	0	1
Sabía lo que quería hacer, así que redoble mis esfuerzos para conseguir que las cosas marcharan bien.	0	1
Me prometí a mí mismo que las cosas serian distintas la próxima vez	0	1
Propuse un par de soluciones distintas al problema	0	1
Intenté que mis sentimientos no interfirieran tanto con las otras cosas	0	1
Desee poder cambiar lo que estaba ocurriendo o la forma como me sentía	0	1
Cambie algo en mi	0	1
Soñé o imaginé otro tiempo u otro lugar mejor que el presente	0	1
Desee que la situación se desvaneciera o terminara de algún modo	0	1
Fantasee o imagine el modo en que podían cambiar las cosas	0	1
Me preparé para lo peor	0	1
Repasé mentalmente lo que haría o diría	0	1
Pensé como dominaría la situación alguna persona a quien admiro, y lo tome como modelo	0	1
Me recordé a mi mismo cuan peor podrían ser las cosas	0	1
Esperé ver lo que pasaba antes de hacer nada	0	1

Anexo B. Inventario de Burnout de Maslach (1986)

Instrucciones

Las siguientes veintidós (21) proposiciones se refieren a sentimiento relativos al trabajo. Por favor, lea cada una de ellas, decida con qué frecuencia ha experienciado el sentimiento descrito y marque con una “X” el cuadro que corresponda. Las opciones son: Nunca, Algunas veces al año, Algunas veces al mes, Algunas veces a la semana y Diariamente. Gracias por su colaboración.

	Nunca	Algunas veces al año	Algunas veces al mes	Algunas veces a la semana	Diariamente
Me siento emocionalmente defraudado de mi trabajo					
Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado					
Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado					
Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender					
Siento que estoy tratando a algunas de las personas que atiendo como si fueron objetos impersonales					
Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa					
Siento que mi trabajo me esta desgastando					
Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo					
Siento que me he hecho menos sensible con la gente					
Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente					
Me siento con					

mucha energía en mi trabajo					

me siento frustrado por el trabajo					
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo					
Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente					
Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa					
Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo					
Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender					
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					
Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades					
Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada					
Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas.					

Anexo C. Cuestionario de Salud General de Goldberg (1979) (GHQ-28)

Instrucciones

El siguiente cuestionario tiene por finalidad saber cómo ha percibido su salud, en general, durante las últimas semanas. Por favor, conteste a TODAS las preguntas marcando con una "X" la respuesta, que según su criterio, mejor se adapte a su situación. Recuerde que solo debe responder sobre los problemas recientes (último mes), no sobre lo que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas. Gracias por su colaboración.

Las opciones de respuesta son:

NO= no, en absoluto

IGUAL=Igual que lo habitual

BASTANTE= Bastante más que lo habitual

MUCHO= Mucho más que lo habitual

ULTIMAMENTE:

	NO	IGUAL	BASTANTE	MUCHO
1.¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en buena forma?				
2.¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente?				
3.¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?				
4.¿Ha sentido la sensación de que estaba enfermo?				
5.¿Ha padecido de dolor de cabeza?				
6.¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza o que la cabeza le va a estallar?				

7.¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?				
8.¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?				
9.¿Ha tenido dificultades para dormir seguido toda la noche?				
10.¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
11.¿Se ha notado con los nervios "a flor de piel" y malhumorado?				
12.¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?				
13.¿Ha tenido la sensación de que todo de le viene encima?				
14.¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar"?				
15.¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?				
16.¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?				
17.¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que esta haciendo las cosas bien?				
18.¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?				
19.¿Ha sentido que ha desempeñado un papel útil en la vida?				

20.¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?				
21.¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?				
22.¿Ha pensado que usted es una persona que no vale la pena para nada?				
23.¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanzas?				
24.¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse?				
25.¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse del medio"?				
26.¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados?				
27.¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?				
28.¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?				

Anexo D. Consentimiento Informado a los participantes

UCAB Universidad Católica
ANDRÉS BELLO
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado/a :

Con el objetivo de realizar el trabajo de grado para la obtención del título de Licenciadas en Psicología, nos dirigimos a usted con la finalidad de obtener su consentimiento para participar en esta investigación referida a la relación existente entre la Jornada laboral, Salud psicológica, el Síndrome de Burnout y Estrategias de afrontamiento al estrés en las personas que laboran con niños con Trastornos del neurodesarrollo. Para tal fin solicitamos la colaboración de los trabajadores de la institución para llenar tres cuestionarios. Los resultados de la investigación serán de utilidad para obtener conocimiento y así lograr en un futuro intervenciones eficientes en dichas variable, ya que cualquier aporte que pueda obtenerse de ellas ofrece un campo de acción que permita el uso de estrategias de prevención en los diferentes niveles de intervención.

La información obtenida es de carácter confidencial y para los fines del estudio, así mismo, usted tendrá el derecho de abandonar el proceso en cuanto lo desee.

Muchas gracias por su colaboración.

Ibarra Dariana — López Emilia

C.I:24.433.061 — C.I: 24.311.321

Anexo E. Consentimiento informado a las instituciones

UCAB Universidad Católica ANDRÉS BELLO
Facultad de Humanidades y Educación
Escuela de Psicología

Sres,

Mediante la presente, quisiéramos solicitar su autorización para incluir a los trabajadores que la institución nos pueda proporcionar, como parte de nuestro trabajo de grado para optar por el título de Licenciado en Psicología.

La investigación tiene como objetivo conocer la relación existente entre la Jornada laboral, el Síndrome de Burnout y la Salud psicológica, moderada por las Estrategias de afrontamiento al estrés en los trabajadores con niños con trastornos del neurodesarrollo.

Para la realización de este estudio, se requiere una muestra de 140 trabajadores institucionales de ambos sexos que pertenezcan a la institución, que estén activos laboralmente para el período 2017 - 2018, y que trabajen específicamente con niños de edades entre los 4 y los 18 años que padezcan de algún trastorno del desarrollo.

El procedimiento a llevar a cabo tendría una duración de aproximadamente 30 minutos. En principio, se les explicará el objetivo de la investigación y se les hará entrega de tres formularios a los que deben responder detenidamente.

Sin más que decir, esperando su comprensión y colaboración

Emilia López Troconis — 24.311.321

Dariana Ibarra Araque — 24.433.061

Anexo F. Cuadro de correlaciones entre todas las variables y sus subdimensión.

F10.

Cuadro de correlaciones entre todas las variables y sus subdimensiones.

Correlaciones

		DE.E	DE.P	TotalEA	DAE	DDE	DSE	TotalSB	AeI	DE	DS	SS	TotalSP	H.T	J.L
DE.E	Correlación de Pearson	1	,588**	,923**	,231**	,170*	-,226**	.162	,455**	,245**	-.014	,370**	,432**	-.046	-.027
	Sig. (bilateral)		.000	.000	.006	.045	.007	.056	.000	.004	.872	.000	.000	.590	.755
	N	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
DE.P	Correlación de Pearson	,588**	1	,844**	.100	.125	-.158	.058	,232**	.006	-.035	.138	,167*	.011	-.019
	Sig. (bilateral)	.000		.000	.241	.142	.063	.496	.006	.940	.680	.104	.049	.902	.820
	N	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
TotalEA	Correlación de Pearson	,923**	,844**	1	,193*	.160	-,216*	.128	,405**	.165	-.035	,293**	,352**	-.029	-.033
	Sig. (bilateral)	.000	.000		.022	.059	.010	.133	.000	.051	.682	.000	.000	.734	.698
	N	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
DAE	Correlación de Pearson	,231**	.100	,193*	1	,328**	-,449**	,800**	,395**	,191*	-,212*	,429**	,351**	,194*	.147
	Sig. (bilateral)	.006	.241	.022		.000	.000	.000	.000	.024	.012	.000	.000	.022	.083
	N	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
DDE	Correlación de Pearson	,170*	.125	.160	,328**	1	-,368**	,542**	,319**	.127	-.079	,326**	,308**	.052	.091
	Sig. (bilateral)	.045	.142	.059	.000		.000	.000	.000	.135	.355	.000	.000	.545	.285
	N	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
DSE	Correlación de Pearson	-,226**	-.158	-,216*	-,449**	-,368**	1	.018	-,275**	-.053	.095	-,251**	-,236**	-.162	-.133
	Sig. (bilateral)	.007	.063	.010	.000	.000		.833	.001	.530	.265	.003	.005	.056	.118
	N	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
TotalSB	Correlación de Pearson	.162	.058	.128	,800**	,542**	.018	1	,356**	,200*	-,167*	,407**	,336**	.103	.089
	Sig. (bilateral)	.056	.496	.133	.000	.000	.833		.000	.018	.048	.000	.000	.228	.293

	N	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
Ael	Correlación de Pearson	,455**	,232**	,405**	,395**	,319**	-,275**	,356**	1	,540**	-.124	,701**	,886**	-.003	.005
	Sig. (bilateral)	.000	.006	.000	.000	.000	.001	.000		.000	.145	.000	.000	.972	.957
	N	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
DE	Correlación de Pearson	,245**	.006	.165	,191*	.127	-.053	,200*	,540**	1	-.051	,389**	,628**	-.052	-.026
	Sig. (bilateral)	.004	.940	.051	.024	.135	.530	.018	.000		.550	.000	.000	.539	.763
	N	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
DS	Correlación de Pearson	-.014	-.035	-.035	-,212*	-.079	.095	-,167*	-.124	-.051	1	-.024	,189*	-.037	-.048
	Sig. (bilateral)	.872	.680	.682	.012	.355	.265	.048	.145	.550		.780	.025	.662	.571
	N	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
SS	Correlación de Pearson	,370**	.138	,293**	,429**	,326**	-,251**	,407**	,701**	,389**	-.024	1	,845**	.102	.076
	Sig. (bilateral)	.000	.104	.000	.000	.000	.003	.000	.000	.000	.780		.000	.230	.371
	N	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
TotalSP	Correlación de Pearson	,432**	,167*	,352**	,351**	,308**	-,236**	,336**	,886**	,628**	,189*	,845**	1	.004	-.002
	Sig. (bilateral)	.000	.049	.000	.000	.000	.005	.000	.000	.000	.025	.000		.961	.979
	N	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
H.T	Correlación de Pearson	-.046	.011	-.029	,194*	.052	-.162	.103	-.003	-.052	-.037	.102	.004	1	,883**
	Sig. (bilateral)	.590	.902	.734	.022	.545	.056	.228	.972	.539	.662	.230	.961		.000
	N	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140
J.L	Correlación de Pearson	-.027	-.019	-.033	.147	.091	-.133	.089	.005	-.026	-.048	.076	-.002	,883**	1
	Sig. (bilateral)	.755	.820	.698	.083	.285	.118	.293	.957	.763	.571	.371	.979	.000	
	N	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140	140

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Anexo G. Gráfico de distribución de las variables

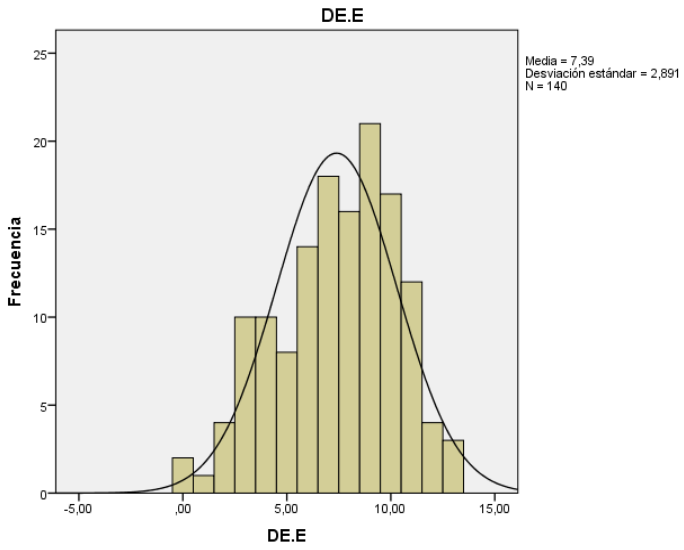

Figura 22. Distribución de la variable Estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción.

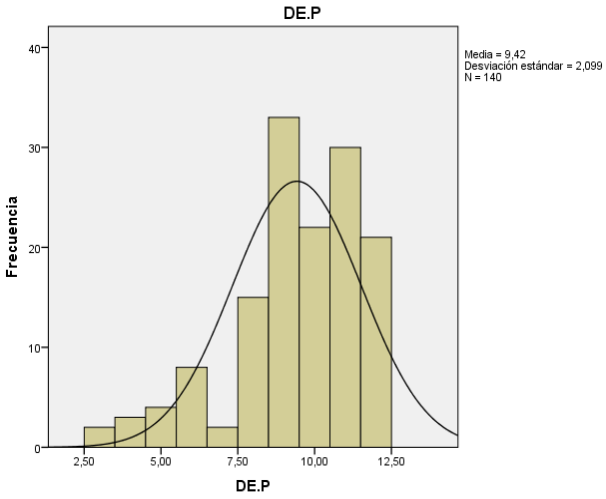

Figura 23. Distribución de la variable Estrategias de afrontamiento dirigidas al problema.

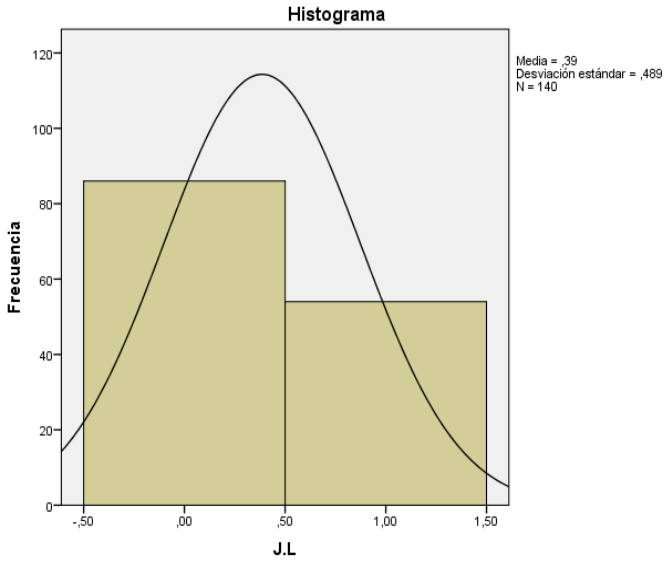

Figura 24. Distribución de la variable Jornada laboral.

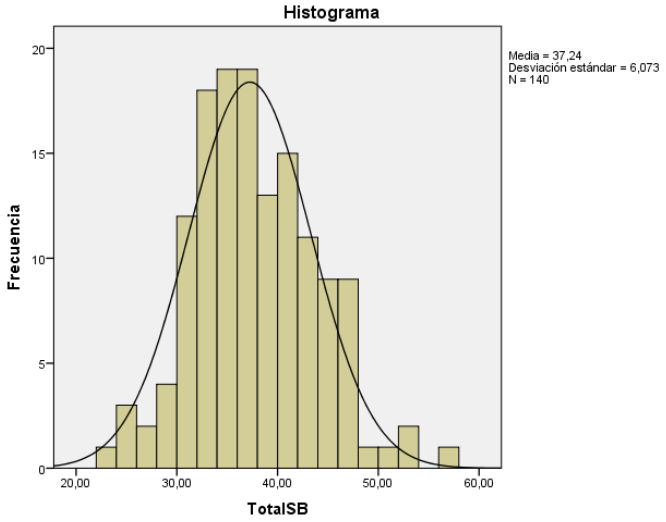

Figura 25. Distribución de la variable Síndrome de Burnout.

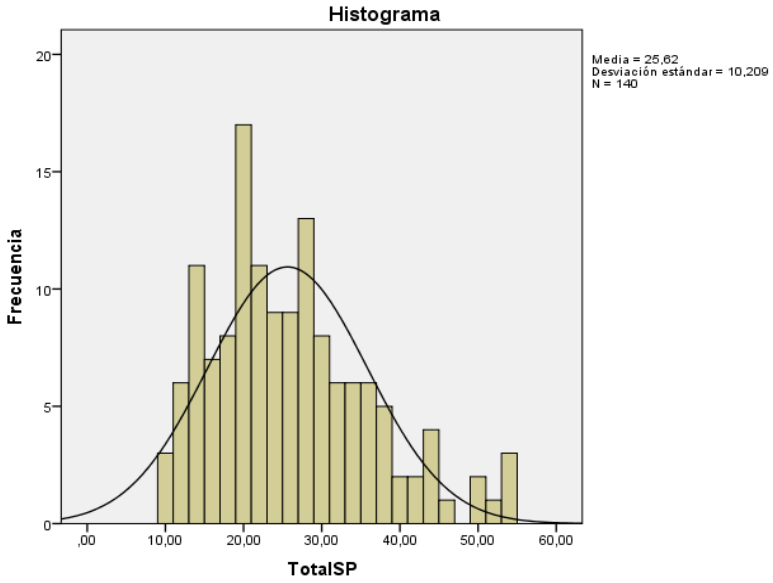

Figura 26. Distribución de la variable Salud Psicológica.

Anexo H. Coeficiente Durbin Watson para cada relación propuesta.

H11.

Estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas al problema y a la emoción con la subdimensión de Agotamiento emocional del Síndrome de Burnout.

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	,235[a]	,055	,041	5,43275	2,058

a. Predictores: (Constante), DE.P, DE.E

b. Variable dependiente: DAE

H12.

Estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas al problema y a la emoción con la subdimensión de Despersonalización del Síndrome de Burnout.

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	,172[a]	,030	,016	2,61936	1,955

a. Predictores: (Constante), DE.P, DE.E

b. Variable dependiente: DDE

H13.

Estrategias de afrontamiento al estrés dirigidas al problema y a la emoción con la subdimensión de Disminución de la sensación de eficacia del Síndrome de Burnout.

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	,228[a]	,052	,038	3,54953	2,149

a. Predictores: (Constante), DE.P, DE.E

b. Variable dependiente: DSE

H14.

Jornada laboral con la Salud psicológica.

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	,002[a]	,000	-,007	10,24584	1,995

a. Predictores: (Constante), J.L

b. Variable dependiente: TotalSP

H15.

Jornada laboral con la subdimensión de Agotamiento emocional del Síndrome de Burnout.

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	,147[a]	,022	,014	5,50856	2,036

a. Predictores: (Constante), J.L

b. Variable dependiente: DAE

H16.

Jornada laboral con la subdimensión de Despersonalización del Síndrome de Burnout.

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	,091[a]	,008	,001	2,63851	1,979

a. Predictores: (Constante), J.L

b. Variable dependiente: DDE

H17.

Jornada laboral con la subdimensión de Disminución de la sensación de eficacia del Síndrome de Burnout.

Resumen del modelo[b]

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Durbin-Watson
1	,133[a]	,018	,011	3,60006	2,110

a. Predictores: (Constante), J.L

b. Variable dependiente: DSE

Anexo I. Tabla de regresiones entre las variables propuestas.

I18.

Datos de la regresión de Estrategias de afrontamiento al estrés con la subdimensión de agotamiento emocional.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios				
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2	Sig. Cambio en F
1	,235[a]	,055	,041	5,43275	,055	4,002	2	137	,020

a. Predictores: (Constante), DE.E, DE.P

I19.

Datos de la regresión de Estrategias de afrontamiento al estrés con la subdimensión de agotamiento emocional.

ANOVAa

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	236,216	2	118,108	4,002	,020[b]
	Residuo	4043,527	137	29,515		
	Total	4279,743	139			

a. Variable dependiente: DAE

b. Predictores: (Constante), DE.E, DE.P

I20.

Datos de la regresión de Estrategias de afrontamiento al estrés con la subdimensión de agotamiento emocional.

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Correlaciones			Estadísticas de colinealidad	
		B	Error estándar	Beta	T	Sig.	Orden cero	Parcial	Parte	Tolerancia	VIF
1	(Constante)	8,591	2,120		4,053	,000					
	DE.P	-,145	,271	-,055	-,534	,594	,100	-,046	-,044	,654	1,529
	DE.E	,505	,197	,263	2,561	,012	,231	,214	,213	,654	1,529

a. Variable dependiente: DAE

I21.

Datos de la regresión de Estrategias de afrontamiento al estrés con la subdimensión de Despersonalización.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios				
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2	Sig. Cambio en F
1	,172[a]	,030	,016	2,61936	,030	2,097	2	137	,127

a. Predictores: (Constante), DE.E, DE.P

I22.

Datos de la regresión de Estrategias de afrontamiento al estrés con la subdimensión de Despersonalización.

ANOVA[a]

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	28,778	2	14,389	2,097	,127[b]
	Residuo	939,965	137	6,861		
	Total	968,743	139			

a. Variable dependiente: DDE
b. Predictores: (Constante), DE.E, DE.P

I23.

Datos de la regresión de Estrategias de afrontamiento al estrés con la subdimensión de Despersonalización.

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Correlaciones			Estadísticas de colinealidad	
		B	Error estándar	Beta			Orden cero	Parcial	Parte	Tolerancia	VIF
1	(Constante)	1,011	1,022		,989	,324					
	DE.P	,048	,131	,038	,367	,714	,125	,031	,031	,654	1,529
	DE.E	,134	,095	,147	1,414	,160	,170	,120	,119	,654	1,529

a. Variable dependiente: DDE

I24.

Datos de la regresión de Estrategias de afrontamiento al estrés con la subdimensión de Disminución de la sensación de eficacia.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios				
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2	Sig. Cambio en F
1	,228[a]	,052	,038	3,54953	,052	3,754	2	137	,026

a. Predictores: (Constante), DE.E, DE.P

I25.

Datos de la regresión de Estrategias de afrontamiento al estrés con la subdimensión de Disminución de la sensación de eficacia.

ANOVAa

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	94,603	2	47,302	3,754	,026[b]
	Residuo	1726,082	137	12,599		
	Total	1820,686	139			

a. Variable dependiente: DSE

b. Predictores: (Constante), DE.E, DE.P

I26.

Datos de la regresión de Estrategias de afrontamiento al estrés con la subdimensión de Disminución de la sensación de eficacia.

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Correlaciones			Estadísticas de colinealidad	
		B	Error estándar	Beta			Orden cero	Parcial	Parte	Tolerancia	VIF
1	(Constante)	26,274	1,385		18,972	,000					
	DE.P	-,066	,177	-,038	-,370	,712	-,158	-,032	-,031	,654	1,529
	DE.E	-,255	,129	-,203	-1,978	,050	-,226	-,167	-,165	,654	1,529

a. Variable dependiente: DSE

I27.

Datos de la regresión de Jornada Laboral con Salud Psicológica.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios				
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2	Sig. Cambio en F
1	,002[a]	,000	-,007	10,24584	,000	,001	1	138	,979

a. Predictores: (Constante), J.L

I28.

Datos de la regresión de Jornada Laboral con Salud Psicológica.

ANOVA[a]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	,073	1	,073	,001	,979[b]
	Residuo	14486,863	138	104,977		
	Total	14486,936	139			

a. Variable dependiente: TotalSP
b. Predictores: (Constante), J.L

I29.

Datos de la regresión de Jornada Laboral con Salud Psicológica.

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.	Correlaciones			Estadísticas de colinealidad	
		B	Error estándar	Beta			Orden cero	Parcial	Parte	Tolerancia	VIF
1	(Constante)	25,640	1,105		23,207	,000					
	J.L	-,047	1,779	-,002	-,026	,979	-,002	-,002	-,002	1,000	1,000

a. Variable dependiente: TotalSP

I30.

Datos de la regresión de Jornada Laboral con la subdimensión de Agotamiento emocional.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios				
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2	Sig. Cambio en F
1	,147[a]	,022	,014	5,50856	,022	3,040	1	138	,083

a. Predictores: (Constante), J.L

I31.

Datos de la regresión de Jornada Laboral con la subdimensión de Agotamiento emocional.

ANOVA

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	92,238	1	92,238	3,040	,083[b]
	Residuo	4187,505	138	30,344		
	Total	4279,743	139			

a. Variable dependiente: DAE

b. Predictores: (Constante), J.L

I32.

Datos de la regresión de Jornada Laboral con la subdimensión de Agotamiento emocional.

Coeficientes

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Correlaciones			Estadísticas de colinealidad	
		B	Error estándar	Beta	T	Sig.	Orden cero	Parcial	Parte	Tolerancia	VIF
1	(Constante)	10,314	,594		17,363	,000					
	J.L	1,668	,956	,147	1,743	,083	,147	,147	,147	1,000	1,000

a. Variable dependiente: DAE

I33.

Datos de la regresión de Jornada Laboral con la subdimensión de Despersonalización.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios				
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2	Sig. Cambio en F
1	,091[a]	,008	,001	2,63851	,008	1,153	1	138	,285

a. Predictores: (Constante), J.L

I34.

Datos de la regresión de Jornada Laboral con la subdimensión de Despersonalización.

ANOVAa

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	8,024	1	8,024	1,153	,285[b]
	Residuo	960,719	138	6,962		
	Total	968,743	139			

a. Variable dependiente: DDE
b. Predictores: (Constante), J.L

I35.

Datos de la regresión de Jornada Laboral con la subdimensión de Despersonalización.

Coeficientes[a]

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Correlaciones			Estadísticas de colinealidad	
	B	Error estándar	Beta	T	Sig.	Orden cero	Parcial	Parte	Tolerancia	VIF
1 (Constante)	2,267	,285		7,969	,000					
J.L	,492	,458	,091	1,074	,285	,091	,091	,091	1,000	1,000

a. Variable dependiente: DDE

I36.

Datos de la regresión de Jornada Laboral con la subdimensión de Disminución de la sensación de eficacia.

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación	Estadísticas de cambios				
					Cambio de cuadrado de R	Cambio en F	df1	df2	Sig. Cambio en F
1	,133[a]	,018	,011	3,60006	,018	2,481	1	138	,118

a. Predictores: (Constante), J.L

I37.

Datos de la regresión de Jornada Laboral con la subdimensión de Disminución de la sensación de eficacia.

ANOVA[a]

Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	32,151	1	32,151	2,481	,118[b]
	Residuo	1788,535	138	12,960		
	Total	1820,686	139			

a. Variable dependiente: DSE

b. Predictores: (Constante), J.L

I38.

Datos de la regresión de Jornada Laboral con la subdimensión de Disminución de la sensación de eficacia.

Coeficientes[a]

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados			Correlaciones			Estadísticas de colinealidad	
		B	Error estándar	Beta	T	Sig.	Orden cero	Parcial	Parte	Tolerancia	VIF
1	(Constante)	24,151	,388		62,213	,000					
	J.L	-,984	,625	-,133	-1,575	,118	-,133	-,133	-,133	1,000	1,000

a. Variable dependiente: DSE