

RELACIÓN ENTRE PERFIL PSICOLÓGICO, CALIDAD DE VIDA Y ESTRÉS ASISTENCIAL EN PERSONAL DE ENFERMERÍA

MÓNICA M. NOVOA GÓMEZ*, CAMILO NIETO DODINO, CARLOS FORERO APONTE,
CLAUDIA E. CAYCEDO, MÓNICA PALMA RIVEROS, MA. DEL PILAR MONTEALEGRE
MARTÍNEZ, MARGARITA BAYONA MENDOZA, CAROLINA SÁNCHEZ DURÁN**
PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Recibido: abril 15 de 2004

Revisado: mayo 7 de 2004

Aceptado: mayo 21 de 2004

ABSTRACT

This research aim was to evaluate the Burnout syndrome and its association to psychological profile and quality of life in nurses from urgency, oncology and neonatology services at a third level hospital in Bogotá city. The research pertains to the investigation group in Psychology and Health of the Psychology Faculty at the Pontificia Universidad Javeriana. It is a non-experimental research within a correlational descriptive design. The instruments used were the Catell's 16 Personality Factors Inventory (16PF), the Maslash Burnout Inventory (MBI), a semi-structured interview and an observational register. Data were analysed by descriptive statistics and Spearman correlation. Additionally, multivariate covariance analysis (MANCOVA) and Pearson correlation were used in special cases. SSPS programme was used for this data analysis. Results showed that the Burnout syndrome was not present in the evaluated nurses but they had some symptoms, like emotional tiredness and depersonalisation; personality factors as impulsive-prudent, confident-jealous and dominant-submissive were found as predictors of occupational performance.

Key words: Burnout syndrome, quality of life, stress, psychological profile, nurses.

RESUMEN

Esta investigación tuvo como objetivo evaluar el síndrome de estrés asistencial y su asociación con perfil psicológico e indicadores de calidad de vida en el personal de enfermería de los servicios de urgencias, neonatología y oncología de un hospital universitario de tercer nivel en Bogotá. Hace parte de la línea de investigación en Psicología y Salud de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana. Es una investigación no experimental con un diseño descriptivo correlacional; como instrumentos se emplearon el Inventario de Personalidad de 16 Factores (16Pf) de Catell, el MBI (Maslash Burnout Inventory), una entrevista semi-estructurada y un registro de observación. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva y la correlación Spearman. Adicionalmente se empleó el procedimiento multivariado de análisis múltiple de covarianza (MANCOVA), y finalmente se empleó r de Pearson en los casos que se consideró pertinente. Los datos fueron procesados a través del SSPS encontrándose que el síndrome no se presenta en el personal evaluado, aunque sí algunos síntomas; se encontró que factores como cansancio emocional y despersonalización; y factores de personalidad como prudente-impulsivo, confiado-celoso y sumiso-dominante, son predictores del desempeño ocupacional.

Palabras clave: Estrés ocupacional o burnout, calidad de vida, estrés, perfil psicológico, enfermería.

* Docente de la Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: mmnovo@javeriana.edu.co

** Grupo de investigación en Psicología y Salud en el proyecto de *Estrés Asistencial*.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) ha definido a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados. A pesar de los numerosos estudios descriptivos sobre el problema (Borja et al., 2001; Pérez y Páez, 2001; entre otros) se hace necesario profundizar en el conocimiento sobre el mismo a través de investigaciones que permitan corroborar o complementar la información existente, en especial teniendo en cuenta los graves inconvenientes que se presentan en el sector salud.

Los profesionales en este sector deben a menudo emplear un tiempo considerable de intensa relación con personas que se encuentran en situaciones problemáticas y de necesaria intervención en crisis; ya sea por sus condiciones médicas o por sus demandas psicológicas. Este tipo de relaciones se constituyen en eventos de intensa carga emocional para el profesional, la cual es necesario controlar cuidadosamente para que la situación pueda ser resuelta en forma eficiente. En muchos casos, estas situaciones tienen un desenlace negativo o fatal que es acompañado por sentimientos de frustración, temor, rabia o desesperación por parte del profesional, por lo que este tipo de situaciones son definidas como experiencias que ocasionan estrés maladaptativo.

Los resultados parecen evidenciar que el tipo de enfermos o el tipo de cuidados que estos requieren pueden ser una fuente específica de estrés (Chacon y Grau, 1997; Borja et al., 2001); así mismo se ha demostrado de forma amplia que éste afecta en niveles más altos a aquellos profesionales que realizan actividades de atención a personas y especialmente a los profesionales del sector sanitario, por encima de otros profesionales.

No hay acuerdo sobre el término adecuado en español para hacer referencia al *Burnout Syndrome* (“Síndrome de quemarse en el trabajo”), por lo cual en esta investigación se hará referencia al mismo como síndrome de estrés asistencial dado que la expresión surgió de la forma en que los profesionales interpretan y mantienen sus propios estados emocionales en momentos de crisis (Maslach & Jackson, 1986).

El de estrés asistencial es un síndrome que se considera consecuencia de la exposición crónica al estrés laboral debido a los signos y síntomas que le caracterizan. Las diferencias entre *estrés* y *estrés asistencial* no son fáciles de establecer ya que son más de tipo cualitativo que cuantitativo; mientras que el estrés disminuye con el descanso no sucede lo mismo con el síndrome de estrés asistencial, el que, además, es considerado “contagioso”.

El síndrome de estrés asistencial es crónico en aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una

atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o dependencia. Se caracteriza por la presencia de: a) cansancio emocional (CE), b) despersonalización (DP) y, c) abandono de la realización personal (FR); estas características son descritas por Moreno y Peñacoba (1999) así:

1. El agotamiento o cansancio emocional; el cual constituye la primera fase del proceso y se caracteriza por la pérdida de atractivo, el tedio y el disgusto causado por las tareas que son propias del trabajo que se ha de realizar, de manera que la persona pierde el interés y cualquier sentimiento de satisfacción que pueda tener. Esta fase se caracteriza por un sentimiento de indefensión como consecuencia de un enfrentamiento activo pero inefectivo frente al estrés.

2. La despersonalización, que es descrita como el núcleo del síndrome, se considera básicamente como la consecuencia del fracaso en la fase anterior y un mecanismo de defensa para evitar el aumento de los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal. La despersonalización se caracteriza por la falta de interés por las personas a quienes hay que atender, pérdida en la capacidad para establecer relaciones empáticas con ellas, una objetivación burda y somera de sus problemas e incluso por llegar a culpabilizar a los pacientes de su propia situación. Para Moreno y Peñacoba la despersonalización es un tipo de comportamiento que suele estar asociado con depresión y hostilidad.

3. La tercera fase es descrita como el abandono de la realización personal, y consiste en el sentimiento y la creencia de que el trabajo no vale la pena, que institucionalmente no se pueden cambiar las cosas y que no existen posibilidades de logro y mejoramiento personal.

Capilla(2000) explica que asociados a estos componentes pueden producirse alteraciones comportamentales tales como ausentismo laboral, abuso de alcohol, consumo de drogas, fármacos, etc. y alteraciones psicofisiológicas como cefaleas, insomnio y trastornos gastrointestinales que pueden concluir en incapacidades laborales.

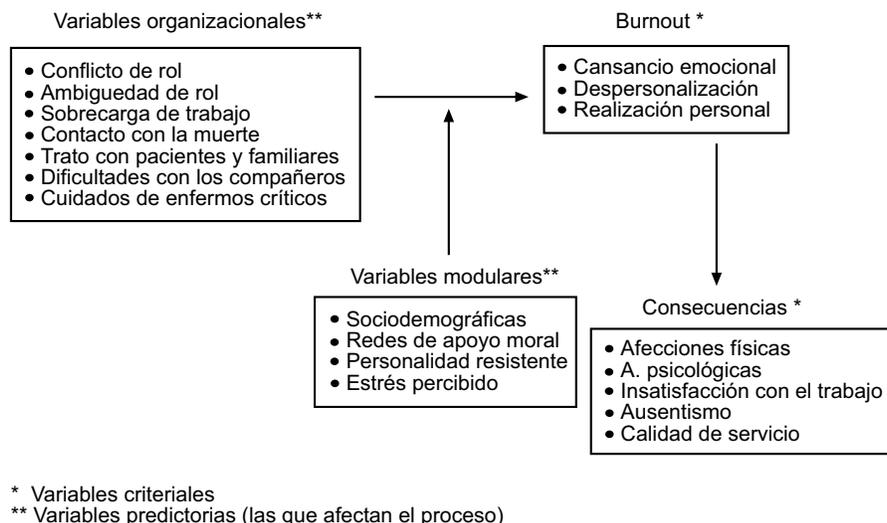
Al tener este síndrome una alta relación con los trabajos asistenciales, se describe este tipo de actividad laboral como una interacción social asimétrica en la que existe con frecuencia una relación emocional y confianza en el trabajador; y en donde el fracaso con el cliente o paciente, suele ser visto como un error del trabajador y no de los instrumentos o de la naturaleza del problema (Pines, Aeronson & Kafry, 1981; citados por Chacón & Grau, 1997). Cuando se consideran las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a las profesiones como indicadores de los niveles de estrés de las diferentes ocupaciones, se reportan mayores índices en las tasas de suicidio, cirrosis, alcoholismo, consumo de sustan-

cias psicoactivas (SPA), desórdenes afectivos y accidentes de tránsito, en comparación con la población general (Hillhouse y Adler, 1991).

Manassero, Fornés, Fernández, Vázquez & Ferrer (1995) afirman que el síndrome de estrés asistencial no

es algo que aparece repentinamente como una respuesta específica a un determinante concreto, sino que es más bien un estado que emerge gradualmente en un proceso de respuesta a la experiencia laboral cotidiana y a ciertos acontecimientos.

FIGURA 1



Modelo explicativo de relaciones entre variables causales y mediadoras en enfermeros (Tomado de Chacón y Grau, 1997).

Chacón y Grau (1997) proponen un modelo explicativo del síndrome de estrés asistencial a partir de las relaciones entre variables causales y mediadoras, tomando como referencia estudios realizados con personal de enfermería de Madrid (Véase Figura 1). En este modelo los autores plantean que en un primer nivel se encontrarían las variables organizacionales, antecedentes o causantes del síndrome de estrés asistencial; en un segundo nivel estarían las variables que median en su aparición como son: sexo, edad, turno, puesto que se ocupa, las redes de apoyo social, los atributos personales y el estrés percibido; y en un tercer nivel se encontrarían las respuestas del síndrome de estrés asistencial en sus tres dimensiones. En la despersonalización se ubican las actitudes negativas hacia los pacientes, rechazo a la toma de decisiones en la solución de los problemas, y hostilidad hacia pacientes y compañeros; en el cansancio emocional se incluyen síntomas físicos como dolores musculares y falta de energía entre otros, y síntomas psicológicos como ansiedad, cambio de percepciones hacia los compañeros y pacientes, etc.; y por último, en la falta de realización personal, se encuentra un descenso en el nivel motivacional de logro, sentimientos de ineffecticia y frustración.

Varias perspectivas han explicado el papel de los factores desencadenantes o facilitadores del síndrome;

Manassero et al. (1995) comparten la perspectiva psicosocial planteada por Maslach & Pines (1977), quienes pretenden identificar las condiciones ambientales que originan el síndrome de estrés asistencial, los factores que ayudan a mitigarlo y los síntomas específicos que lo caracterizan. Los mismos autores mencionan la perspectiva organizativa, centrada en el análisis de las cosas que generan síndrome de estrés asistencial a tres niveles: individual, organizativo y social.

En general, todos los planteamientos hacen énfasis en factores sociales que no permiten desarrollar adecuadamente la preocupación por las personas y que como consecuencia propician el distanciamiento en las relaciones de servicio y conducen al síndrome de estrés asistencial; tales condiciones sociales y económicas ejercen una gran influencia sobre la percepción del trabajo y la propensión al síndrome de estrés asistencial por los trabajadores. El proceso que rodea el síndrome de estrés asistencial es, en cierta medida, idiosincrásico; diferente de unos individuos a otros en el inicio, en el desarrollo, en los síntomas físicos experimentados, en el tiempo, etc. (Manassero et al. 1995).

En cuanto a los factores asociados con el desarrollo del síndrome de estrés asistencial, se encuentran: a) los relacionados con el ambiente físico y el ambiente laboral, b) los relacionados con el desempeño de roles; conflicto

de rol, ambigüedad de rol y sobrecarga de rol, y, c) los relacionados con variables personales. Dentro de los relacionados con el ambiente físico y laboral, se describen los elementos físico-arquitectónicos, la comodidad, el espacio donde se desenvuelve el trabajo, así como algunas características tales como iluminación, ruido, temperatura, clima, higiene, toxicidad, entre otras. Monte y Peiró (1997), por ejemplo, encontraron relación entre el síndrome y el nivel de ruido que debe soportar el sujeto en el lugar de trabajo. Dimensiones como intensidad, control, predictibilidad y frecuencia, mostraron ser fuente importante de estrés laboral. Otros autores como Savicki y Cooley (1987), citados por Monte y Peiró (1997), estudiaron el confort físico percibido por el sujeto en el lugar de trabajo como otro predictor significativo del síndrome de estrés asistencial y en especial de uno de sus componentes principales: la baja realización personal.

Los factores relacionados con el ambiente laboral, por su parte, son todos aquellos factores que tienen que ver con el mencionado clima organizacional, incluyendo apoyo por parte de su equipo de trabajo o de sus superiores, relaciones con compañeros, y canales de comunicación (Pérez & Páez, 2001). Por otra parte, también se mencionan la rotación de los turnos de trabajo, el trabajo nocturno, el estar expuesto a riesgos y peligros, o la sobrecarga laboral (Monte & Peiró, 1997).

Acerca de los factores relacionados con el desempeño de roles, Monte y Peiró (1997) incluyen en el rol el conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición. Varios autores (Monte & Peiró, 1997; Moreno & Peñacoba, 2001; entre otros) han destacado tres componentes fundamentales de los factores relacionados con el desempeño de roles. Estos son principalmente: conflicto de rol, ambigüedad de rol y sobrecarga de rol.

Moreno y Peñacoba (2001) se refieren como conflicto de rol a las prácticas difícilmente conciliables que llevan a exigir el alcance de máxima competencia en todo momento. Las necesidades urgentes de los pacientes, el mantenimiento de altos niveles de competencia profesional, las responsabilidades civiles y sociales y la disponibilidad ante la familia, serían situaciones que generan conflicto cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias. Por su parte, Monte y Peiró (1997) plantean que el conflicto de rol no es un conflicto interpersonal sino un conflicto entre expectativas: sobre el sujeto recaen dos o más expectativas de uno o varios miembros de su organización que él no puede satisfacer simultáneamente porque resultan contradictorias entre sí, aunque sería importante satisfacerlas.

Sobre la ambigüedad de rol, Moreno y Peñacoba (1999) afirman que es la incertidumbre de las exigencias de la propia tarea y de los métodos o formas en que ésta

debe ser ejecutada, así como los resultados sobre su trabajo; el sujeto ignora si el trabajo responde a las exigencias y expectativas depositadas en él. Según Monte y Peiró (1997) dicha incertidumbre puede estar producida por un déficit de información cualitativo o cuantitativo que impide un desarrollo adecuado de rol por parte del sujeto. Tanto la ambigüedad como el conflicto de rol presentan correlaciones negativas significativas con los sentimientos de realización personal en el trabajo y relaciones significativas positivas con agotamiento emocional y despersonalización (Monte & Peiró, 1997).

Respecto a la sobrecarga de rol, ésta se define como el exceso de trabajo y la lucha contra los plazos del mismo, llevando esto a una falta de tiempo personal (Moreno & Peñacoba, 1999). Monte y Peiró (1997) plantean que la sobrecarga de rol en la enfermería supone no poder atender adecuadamente a los pacientes, incurrir en errores al administrar medicaciones, recibir quejas de los familiares del paciente y del propio paciente por falta de atención y cuidados, de los propios compañeros que tienen que asumir tareas que no se han generado en su turno, e incluso asistir a la muerte de pacientes en situaciones de urgencia. Es posible que estas situaciones establecidas con cierta frecuencia, duración e intensidad, posiblemente con un carácter crónico, desemboquen en el cuadro característico de este síndrome y en cada uno de sus componentes.

Al respecto de los factores relacionados con variables personales, las investigaciones (Boyle, Grap, Yonger & Thornby, 1991; entre otros) han demostrado que hay personas más vulnerables que otras a desarrollar el síndrome. Por ejemplo, personas con altas expectativas sobre ellas mismas, con baja tolerancia al fracaso, con necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control y de seguridad, y en el caso de los profesionales de la salud, con un sentimiento de omnipotencia sobre los males del enfermo. Igualmente hay acuerdo en que las personas empáticas, sensibles, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivas, entusiastas, son más vulnerables. Boyle et al. (1991) afirman que personas con patrón de conducta tipo A, baja autoconfianza y locus de control externo, experimentan con frecuencia sensaciones de “quemarse por el trabajo”.

Según Monte y Peiró (1997), las variables personales no sólo tienen que ver con el tipo o los rasgos de personalidad, sino que se incluyen variables de tipo sociodemográfico como el género, la edad, el estado civil, la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión. Estos autores también incluyen dentro de las variables personales las estrategias de afrontamiento (activa o pasiva) y el apoyo social percibido en el trabajo.

Respecto al género, se encontró que en diferentes pruebas los varones puntuaron más alto en despersonalización que las mujeres. La explicación sobre diferencias

en el componente de despersonalización en función del género puede hallarse en los diferentes procesos de socialización seguidos para los roles masculino y femenino y su interacción con los perfiles y requisitos de las distintas ocupaciones. Culturalmente el rol femenino enfatiza en la habilidad en las relaciones interpersonales y en cuidar a otros mientras que, por el contrario, el rol masculino asume que el hombre no debe expresar emociones. Sin embargo los resultados de los estudios no son consistentes en cuanto a las diferencias por género (Monte & Peiró, 1997).

En relación con la edad se plantea que a mayor edad los sujetos expresan menos sentimientos de “quemarse por el trabajo”; Zabel y Zabel (1982) citados por Monte y Peiró (1997), consideran que, frente a los más jóvenes, los profesionales de más edad han desarrollado a lo largo de su vida mejores estrategias de afrontamiento del estrés y expectativas profesionales más reales.

En cuanto al estado civil se ha encontrado una relación significativa entre las personas solteras y el síndrome de estrés asistencial (Chacón & Grau, 1997). Según estos autores las personas solteras presentan mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que las personas que tienen una relación estable; de igual manera se plantea que la presencia de hijos es un factor de resistencia al síndrome de estrés asistencial debido a que esto implica una mayor responsabilidad familiar y permite que las personas tengan mayor capacidad de afrontar problemas personales y conflictos emocionales. Por su parte, Monte y Peiró (1997) aclaran que no sólo influye el hecho de estar casado, sino el apoyo emocional recibido por parte de los familiares y la calidad de las relaciones conyugales, así como la satisfacción o insatisfacción emocional.

Por último, la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión son otras variables de carácter sociodemográfico relacionadas con el síndrome. Los estudios muestran que los profesionales nuevos son más jóvenes e inexpertos y por tanto tienen menos estrategias de afrontamiento para prevenir las situaciones estresantes del trabajo (Chacón & Grau, 1997; Hernández & cols., 2002; Monte & Peiró, 1997).

Sobre la caracterización sintomática del síndrome, Manassero et al. (1995) señalan la importancia de organizar las manifestaciones con el fin de clarificar dicho fenómeno. Los síntomas se pueden ordenar así:

Psicofisiológicos: fatiga crónica; frecuentes dolores de cabeza; problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales; pérdida de peso y dolores musculares. Fisiológicamente el síndrome se manifiesta en dolor cervical, úlceras, tensión muscular, aumento de enfermedades,

dolencias médicas preexistentes (como hipertensión arterial, jaquecas, lumbago, asma y alergia); puede haber una susceptibilidad creciente a varios problemas gastrointestinales, dolores musculares y cambio de peso (Patrick, 1979; Carroll & White, 1982; citados por Borja et al., 2001).

Conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas; otras manifestaciones conductuales son: vagar, alrededor del lugar del trabajo sin un objetivo específico, como en busca de algo que llame la atención; quejas y discusiones, aumento de conductas arriesgadas y propensión a los accidentes (Carroll & White, 1982; Freudenberg, 1975; citados por Borja et al., 2001). De igual forma pueden presentarse gritos, llegadas tarde al trabajo o salidas más temprano, estar con frecuencia fuera del área de trabajo o tomarse largos períodos de descanso (Flórez, 1994; Ochoa, 1997; citados por Borja et al., 2001).

Emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos. Según Borja et al. (2001), hay otras manifestaciones emocionales que dejan ver abatimiento, soledad, miedo, vacío emocional, culpabilidad, vulnerabilidad, tensión, enfado y pérdida de autocontrol.

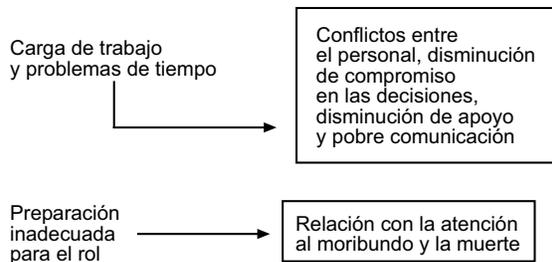
Cognoscitivos: intolerancia, rigidez, inflexibilidad, cierre a toda innovación, disminución de la capacidad de ambigüedad, aumento del desapego, desconfianza, sospecha, despersonalización y actitud hipercrítica (Patrick, 1979; Watkins, 1983; Shiron, 1989; Rivera, 1997; citados por Borja et al., 2001).

Del ambiente laboral: detrimento de la capacidad de trabajo; detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los clientes; aumento de interacciones hostiles, artificiales o mecánicas; y comunicaciones deficientes (Borja et al., 2001).

Es importante tener en cuenta que la enfermería es una ocupación sometida a diversos factores estresantes -tanto de carácter organizacional como propios de las tareas a realizar- que hacen que la incidencia del síndrome de estrés asistencial sea alta en esta profesión; lo anterior hace relevante el estudio de este síndrome si se tiene en cuenta que la salud de los enfermeros es un factor indispensable para mantener el equilibrio en su actividad, condición a través de la cual las acciones, actitudes, comportamientos y obligaciones pueden desarrollarse sin tensiones que debiliten o interfieran con los cuidados específicos de enfermería (Chacón y Grau, 1997).

FIGURA 2

Situaciones estresantes en enfermería



Situaciones estresantes en enfermería (Tomado de Chacón y Grau, 1997).

Chacón y Grau (1997) sugieren que hay cuatro situaciones que aparecen comúnmente percibidas como estresantes por los enfermeros(as) (Figura 2). Dentro de las consecuencias del síndrome, Pérez y Páez (2001) mencionan asociación con conflictos maritales, adicciones y riesgo de suicidio, mientras Monte y Peiró (1997) establecen dos tipos de consecuencias: las referidas al individuo y las referidas a la organización.

Adicionalmente el síndrome de estrés asistencial también ha sido asociado con problemas médicos, como trastornos cardiovasculares, elevados niveles de colesterol, ácido úrico, glucosa y accidentalmente niveles más altos de triglicéridos; también se mencionan problemas sexuales, perturbaciones del sueño, cambios de peso y enfermedades menores como gripa, dolores de cabeza y dolores musculares (Moreno y Peñacoba, 1999; Pérez y Páez, 2001).

En cuanto a consecuencias para la organización, se señalan el ausentismo laboral elevado; la propensión al abandono del puesto; un bajo compromiso laboral; bajo interés por las actividades laborales; deterioro de la calidad del servicio; aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañeros y usuarios de la organización; aumento de la rotación laboral no deseada y aumento de accidentes laborales (Moreno & Peñacoba, 1999; Pérez y Páez, 2001).

Finalmente, respecto de la evaluación del síndrome de estrés asistencial, el instrumento más utilizado para realizar esta evaluación ha sido la escala de Maslach (MBI, Maslach Burnout Inventory) (Maslach & Jackson, 1986). Ésta tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana a 0,9. Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituido por 22 ítem en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Existen tres subescalas bien definidas, que se describen a continuación:

Subescala de agotamiento emocional. Consta de nueve preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.

Subescala de despersonalización. Está formada por cinco ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.

Subescala de realización personal. Se compone de ocho ítems. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad, y no como una variable dicotómica (Capilla, 2000).

En conclusión, si bien el síndrome de estrés asistencial está bien documentado en la literatura especializada y existe acuerdo sobre sus tres componentes, no se encontraron estudios en donde se sustenten los hallazgos con la escala MBI conjuntamente con medidas de observación directa. Por lo tanto, para complementar la comprensión del síndrome, se hace necesario incluir este tipo de observación, así como la entrevista semiestructurada y pruebas de personalidad que permitan correlacionar diferentes factores asociados con el síndrome de estrés asistencial.

A pesar de que el síndrome como tal no surge dentro de las áreas clínicas asistenciales sino en el campo de la psicología social y laboral, al evaluar el efecto del tipo de ambiente en grupos de personas, es evidente que los datos derivados de esta perspectiva han sido relevantes para el área clínica y de hecho se han utilizado para establecer correlaciones entre alteraciones médicas y las características descritas en el síndrome. De la misma forma, los datos han permitido entender que los profesionales asistenciales, tradicionalmente considerados como personas invulnerables y resistentes al agotamiento, han resultado sensibles al deterioro progresivo y acumulativo en todas las áreas de su desempeño vital.

Por otra parte, el fenómeno resulta relevante para el diseño de políticas en el sector de la salud y en los programas de formación del personal sanitario, en tanto que sus efectos se reflejan en la calidad de los servicios asistenciales y en consecuencia, en la calidad de vida de las personas implicadas.

La calidad de vida es un concepto multidimensional con origen principalmente en dos vertientes: por un lado la filosófica, en la cual se entiende el concepto como la evaluación del bienestar o felicidad efectuada por las personas; sobre este aspecto se mencionan principalmente tres teorías explicativas: la hedonista, la de satisfacción de preferencias y la de una buena vida; en donde lo común entre ellas es que el valor subjetivo es criterio fundamental para su evaluación. La otra vertiente es de tipo económico, la cual enfatiza en que los grupos, las comunidades y los países alcanzan un buen nivel de calidad de vida en la medida en

que tengan sus necesidades básicas -tales como alimentación, educación, acceso a servicios de salud, etc.- satisfechas.

Siguiendo el planteamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la investigación se pretende evaluar la calidad de vida bajo los siguientes indicadores: a) Estatus funcional: Mide la presencia y grado de interferencia de daños físicos en la realización de actividades diarias de auto-cuidado, movilidad, actividades físicas propias del rol y actividades físicas cotidianas; b) Síntomas: Hace referencia a los síntomas físicos particulares así como a efectos secundarios de tratamientos; c) Estatus psicológico: Mide los dominios psicológicos de las personas: regulación emocional, solución de problemas y toma de decisiones; d) Funcionalidad social: Se refiere a redes de apoyo formales (apoyo institucional: POS, EPS y tipo de vinculación laboral) y a redes de apoyo informales (apoyo emocional, físico y económico recibido por parte de cónyuge, familia o amigos. Igualmente se refiere a las creencias religiosas de las personas); e) Funcionamiento global: En el cual se resumen las evaluaciones realizadas por las personas acerca de su bienestar y estado de satisfacción general.

Objetivos

Objetivo general

Evaluar el síndrome de estrés asistencial en el personal de enfermería de los servicios de urgencias, neonatología y oncología de un hospital universitario de tercer nivel en Bogotá y su asociación con perfil psicológico e indicadores de calidad de vida.

Objetivos específicos

Evaluar el síndrome de estrés asistencial en el personal de enfermería de los servicios de urgencias, neonatología y oncología de un hospital de tercer nivel en Bogotá.

Establecer el perfil psicológico individual del personal de enfermería de los servicios de urgencias, oncología y neonatología de un hospital de tercer nivel en Bogotá.

Evaluar la calidad de vida del personal de enfermería, con base en los indicadores de estatus funcional, síntomas, estatus psicológico, funcionalidad social y funcionamiento global.

Determinar si existe relación entre el perfil psicológico individual, el síndrome de estrés asistencial y la calidad de vida en el personal de enfermería evaluado.

Método

Diseño

Esta investigación no experimental se realizó bajo un diseño descriptivo-correlacional (Hernández, Fernández

& Baptista, 1998) el cual se caracteriza por describir las características de las variables y determinar las posibles relaciones entre ellas, sin tratar de determinar causalidad. Este diseño es apropiado para esta investigación ya que se describen las características de un conjunto de variables en una población específica, y a su vez establece la relación entre estas variables.

Participantes

Para esta investigación se realizó un muestreo no probabilístico autoselectivo, en donde se seleccionaron 78 personas pero solamente se analizó la información de 72 participantes que hacían parte del personal sanitario en los servicios de urgencias, oncología y neonatología de un hospital universitario de tercer nivel en Bogotá, que aceptaron participar en el estudio. Los criterios de inclusión para el análisis fueron: a) Ser auxiliar de enfermería graduado con título, b) Ser enfermera o jefe graduado con título, c) Personal que pueda leer y escribir y d) Ser personal estable de los servicios mencionados.

Instrumentos

Para la recolección de información se emplearon los siguientes instrumentos de medición:

Para la evaluación del síndrome de estrés asistencial se empleó el MBI (Maslach Burnout Syndrome Inventory), en la versión española validada por Oliver (1993) en personal sanitario de Madrid, España. Con una confiabilidad de 0,9.

Para la evaluación del perfil psicológico se empleó el 16 PF de Cattell (1975), en su versión adaptada para la población colombiana PSIGMA (Cardozo, 1995); los factores primarios del 16 Pf se dividen en tres grandes grupos que son: dieciséis decatipos, cinco factores de segundo orden, y cinco ecuaciones derivadas de perfiles. Igualmente se evaluó ajuste emocional, estados de ánimo y ajuste interpersonal mediante la entrevista semiestructurada y las observaciones directas.

Entrevista semiestructurada especialmente diseñada para el caso, para recolectar información sociodemográfica, impresiones sobre el trabajo y aspectos de la calidad de vida de la persona.

Formatos de registro de observaciones directas, diseñados especialmente para evaluar interacciones sociales en el lugar de trabajo (conducta verbal y no verbal), quejas psicofisiológicas, solicitudes de actividades, recesos, entre otros.

Procedimiento

En primer lugar, se estableció un acta de compromiso con la institución en la cual quedó explícito que no se proporcionarían en ningún caso los nombres o rangos de los participantes en la investigación y que los resultados tienen como única finalidad el obtener información para un estudio con fines académicos y de mejoramiento de la calidad de los servicios.

Teniendo en cuenta que se evaluaron aspectos psicológicos sobre todo relacionados con este síndrome de estrés, se controlaron al máximo las implicaciones éticas, tomando las siguientes medidas:

1. Utilizar autoregistros y registros realizados por terceros, con lo cual se buscó garantizar que la adjudicación de códigos a cada una de las personas fuera solamente conocida por los observadores directos, pero en ningún caso por quienes analizaron la información y realizaron los informes.

2. Lograr condiciones de motivación óptimas hacia la importancia y la utilidad del estudio.

3. Garantizar a los participantes seguridad en cuanto a la confidencialidad de la información suministrada, lo cual se hizo con la asignación de códigos, lo que permitió consistencia y anonimato en las respuestas.

4. Utilizar instrumentos con escalas de control de mentiras e inconsistencias, lo que se garantizó con el instrumento para evaluación del perfil psicológico.

5. Lograr un compromiso institucional en el manejo ético de la información. El hospital universitario de tercer nivel en Bogotá emitió un documento formalizando su compromiso.

6. Posterior a esto se realizaron reuniones por turnos con el personal de enfermería, con el objetivo de

informar sobre la investigación y establecer el número de participantes voluntarios y la debida firma del consentimiento informado.

Análisis de los datos

A nivel descriptivo se emplearon medidas de frecuencias, porcentajes y en los casos en que hubo lugar se obtuvieron promedios, desviaciones máximas y mínimas y desviaciones estándar, lo que permitió caracterizar la población objeto de estudio en cada una de las variables relevantes. Para la realización de análisis más complejos, se empleó Rho de Spearman para establecer las relaciones existentes entre las variables del síndrome de estrés asistencial, las variables de las observaciones directas, las del perfil de personalidad y los indicadores de calidad de vida. Adicionalmente se empleó el procedimiento multivariado de análisis múltiple de covarianza (MANCOVA), con los componentes del síndrome de estrés asistencial como variable dependiente y los factores de segundo orden de la prueba 16PF y las relaciones con jefes, compañeros de trabajo, pareja e hijos como covariables; como factores fijos se consideraron consumo de cigarrillos, consumo de alcohol y consumo de drogas. Finalmente se empleó *r* de Pearson en los casos que se consideró pertinente.

Resultados

Los análisis de resultados se ejecutaron en dos fases, una a partir de estadísticos descriptivos y la otra mediante estadísticos correlacionales y análisis múltiple de covarianza (MANCOVA).

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO Y POR PROGRAMA

		Programa			Total	
		Neonatos	Oncológico	Urgencias		
Género	Femenino	Frecuencia	28	6	34	68
		% del Total	38,89%	8,33%	47,22%	94,44%
	Masculino	Frecuencia	1	0	3	4
		% del Total	1,39%	0,00%	4,17%	5,56%
	Total	Frecuencia	29	6	37	72
		% del Total	40,28%	8,33%	51,39%	100,00%

Como se observa en la Tabla 1, los participantes se encontraban distribuidos en tres programas diferentes: a) Unidad de Neonatología, b) Oncología y c) Urgencias; encontrándose que el 51% (37 personas) se encontraban en Urgencias, mientras que sólo 8,33% (6 personas) se ubicó en Oncología; de la distribución total el 94,44% (68 personas) eran mujeres en tanto sólo el 5,56% (4 personas) eran hombres. Por categoría profesional se

tiene que 22 personas eran enfermeras(os) jefes (21 mujeres, 1 hombre) y 47 mujeres y 3 hombres eran auxiliares de enfermería.

También se analizó la presencia del síndrome de estrés asistencial en cada uno de los tres programas del hospital, se consideraron las puntuaciones bajas, medias y altas para el MBI en cada las personas evaluadas en cada uno de estos servicios.

TABLA 2. PRESENCIA DEL SÍNDROME DE ESTRÉS ASISTENCIAL POR PROGRAMA

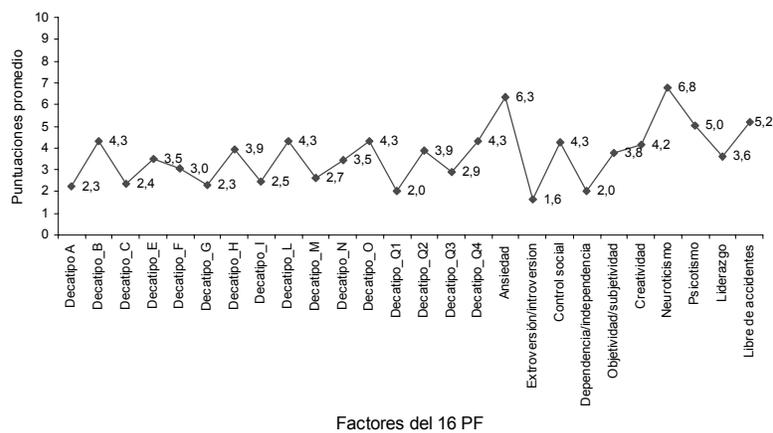
		Programa			Total	
		Neonatos	Oncológico	Urgencias		
Nivel de estrés asistencial	Bajo estrés asistencial	Frecuencia	20	3	22	45
		% con nivel de estrés asistencial	44,40%	6,70%	48,90%	100,00%
		% con el programa	71,40%	50,00%	61,10%	64,30%
	Intermedio estrés asistencial	Frecuencia	5	1	8	14
		% con nivel de estrés asistencial	35,70%	7,10%	57,10%	100,00%
		% con el programa	17,90%	16,70%	22,20%	20,00%
	Altos estrés asistencial	Frecuencia	3	2	6	11
		% con nivel de estrés asistencial	27,30%	18,20%	54,50%	100,00%
		% con el programa	10,70%	33,30%	16,70%	15,70%
	Total	Frecuencia	28	6	36	70
		% con nivel de estrés asistencial	40,00%	8,60%	51,40%	100,00%
		% con el programa	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Respecto de la distribución del síndrome de estrés asistencial por área de trabajo, se encontró que el componente de cansancio emocional más alto se presenta en oncología con un 33,3% respecto al total de personas en este servicio; en tanto que en el servicio de neonatología es donde menos se presenta con un 10,7% respecto al total de personas que laboran en el área. Sin embargo es importante aclarar que respecto al total de la población evaluada el porcentaje de cansancio emocional alto presente en el servicio de oncología es sólo del 2,9% mientras que para urgencias es el 8,6% y para neonatología el 4,3%, lo cual arroja un porcentaje alto de cansancio emocional para el 15,7% de la población total (Véase Tabla 2). Respecto a la despersonalización, los programas en los que se presentan altos niveles son oncología y urgencias con un 16,7% para el primero y un 19,4% para el segundo, referido al total de personas que trabajan en

dichos programas. Los niveles más bajos sin embargo, se presentan en neonatología en donde el total del grupo un 83,3%, presenta baja despersonalización. Respecto a la población total en los servicios de oncología y urgencias se presenta un alto nivel de despersonalización para un 11,4% de las personas.

El grupo que presenta mayor porcentaje de alta realización personal se encuentra en la unidad de neonatología, con un 85,7%, seguido por el servicio de urgencias con un 80,6%, en tanto que el servicio de oncología muestra un 50% de personas con alta realización personal. Respecto al total de la población el programa de neonatos tiene un 34,3% de personas con alta realización personal, urgencias un 41,4% y oncología un 4,3% para un 80% de población con nivel de realización personal alta frente a un 5,7% del total con baja realización personal.

FIGURA 3. PERFIL PSICOLÓGICO PARA LA POBLACIÓN EVALUADA



La evaluación del perfil psicológico general muestra puntuaciones por encima de la media en ansiedad y neuroticismo (Véase Figura 3); en tanto que presenta puntuaciones bajo la media en introversión y dependencia, teniendo poca tendencia al liderazgo. El promedio más alto en ansiedad se encuentra en el personal de enfermería que trabaja en el servicio de Oncología (6,58), seguido por la unidad de Neonatología (6,57), y el más bajo en Urgencias con 6,09. Igualmente el nivel más alto para el factor de neuroticismo está en la unidad de oncología (7,20), seguido por la unidad de neonatología (7,17). El factor más alto de psicoticismo está en Oncología con 5,70 y el más bajo en la unidad de Urgencias (4,83). Es necesario recordar que del total de población evaluada, la menor proporción corresponde a Oncología, por lo cual los altos promedios podrían estar determinados por diferencias individuales más que por una real tendencia del grupo.

Respecto a las relaciones entre los componentes del síndrome de estrés asistencial y los factores de primer y

segundo orden del 16 PF, así como las ecuaciones derivadas del mismo, se evaluaron por medio de la prueba de correlación de Spearman (Véase Tabla 3).

Como puede observarse en la Tabla 3, se evaluaron las relaciones entre la presencia o no del síndrome con los factores primarios del 16 PF. No se encontraron correlaciones significativas entre el nivel de cansancio emocional y las categorías del 16 PF. Respecto al componente de despersonalización se encontraron correlaciones significativas con el factor sumiso-dominante (decatipo E) (Rho = 0,278, $p < 0,05$), el factor prudente-impulsivo (decatipo F) (Rho = 0,291, $p < 0,05$), el decatipo confiado-celoso (decatipo I) (Rho = 0,399, $p < 0,01$), el factor práctico-soñador (decatipo M) (Rho = 0,267, $p < 0,05$) y el factor seguro-inseguro (decatipo O) (Rho = 0,315, $p < 0,01$). El nivel de realización personal correlacionó con los factores sumiso-dominante (decatipo E) (Rho = -0,248, $p < 0,05$), y prudente-impulsivo (decatipo F) (Rho = -0,248, $p < 0,05$).

TABLA 3. CORRELACIÓN DE SPEARMAN ENTRE LOS COMPONENTES DEL SÍNDROME DE ESTRÉS ASISTENCIAL Y EL 16PF

	Nivel de cansancio emocional		Nivel de despersonalización		Nivel de realización personal	
	Rho	Sig. (2-tailed)	Rho	Sig. (2-tailed)	Rho	Sig. (2-tailed)
Decatipo_A	0,013	0,918	0,225	0,063	0,176	0,149
Decatipo_B	-0,213	0,079	-0,11	0,369	0,118	0,333
Decatipo_C	0,002	0,988	0,047	0,704	-0,188	0,123
Decatipo_E	0,084	0,493	0,278(*)	0,021	-0,260(*)	0,031
Decatipo_F	0,16	0,189	0,291(*)	0,015	-0,248(*)	0,04
Decatipo_G	0,096	0,433	0,193	0,112	-0,183	0,132
Decatipo_H	0,159	0,192	0,16	0,189	-0,086	0,483
Decatipo_I	0,145	0,234	0,189	0,12	-0,079	0,52
Decatipo_L	-0,017	0,89	0,399(**)	0,001	-0,208	0,086
Decatipo_M	0	0,998	0,267(*)	0,027	-0,2	0,1
Decatipo_N	0,214	0,077	0,113	0,354	-0,139	0,256
Decatipo_O	0,066	0,588	0,315(**)	0,008	-0,058	0,635
Decatipo_Q1	0,11	0,37	0,128	0,293	-0,128	0,296
Decatipo_Q2	-0,009	0,945	0,184	0,13	-0,046	0,706
Decatipo_Q3	0,086	0,48	0,234	0,052	-0,069	0,572
Decatipo_Q4	0,121	0,322	0,370(**)	0,002	-0,062	0,614
Ansiedad	0,047	0,702	0,187	0,124	0,047	0,702
Extroversión/introversión	-0,003	0,978	0,399(**)	0,001	-0,216	0,075
Control social	0,022	0,861	0,085	0,486	0,031	0,803
Dependencia/independencia	-0,028	0,822	0,103	0,398	-0,045	0,712
Objetividad/subjetividad	0,007	0,955	0,182	0,135	-0,054	0,659
Creatividad	-0,167	0,17	0,051	0,677	0,113	0,353
Neuroticismo	0,092	0,453	0,096	0,434	0,115	0,348
Psicotismo	0,128	0,293	-0,043	0,728	0,049	0,686
Liderazgo	0,069	0,571	0,087	0,479	-0,13	0,289
Libre de accidentes	-0,086	0,482	-0,266(*)	0,027	0,106	0,386

* La correlación es significativa a un $p < 0,05$ (2-tailed)

** La correlación es significativa a un $p < 0,01$ (2-tailed)

Factores de segundo orden y ecuaciones derivadas de los perfiles

En cuanto al nivel de despersonalización, éste correlacionó con el factor introversión-extroversión ($Rho = 0,399$, $p < 0,01$); con la ecuación derivada de perfil libre de accidentes ($Rho = -0,266$, $p < 0,05$). No se encontró correlación con cansancio emocional ni realización personal.

Se encontraron correlaciones del síndrome con el estatus psicofisiológico general en la calidad de vida del personal ($Rho = 0,342$, $p < 0,01$) para el grupo total. Solamente el 8,3% de la población no manifestó la presencia de alteraciones fisiológicas, en tanto que el resto presentó una o más alteraciones siendo las más frecuentes las cefaleas, el insomnio, las migrañas y la fatiga. En cuanto a las relaciones interpersonales, se encontró correlación entre el síndrome y el mantenimiento de relaciones afectivas ($Rho = -0,274$, $p < 0,05$). También se presenta correlación ($Rho = 0,282$, $p < 0,05$) entre el nivel de cansancio emocional y la conformidad o acuerdo con el turno de trabajo. No se encontraron correlaciones con los demás componentes de la calidad de vida.

Al realizar el análisis de covarianza entre los componentes del síndrome (despersonalización, cansancio emocional y realización personal) con el consumo de cigarrillo y el factor de segundo orden introversión/extroversión no encontraron covariaciones, así como tampoco con el factor baja/alta ansiedad, bajo/alto control social, dependencia/independencia y objetividad/subjetividad. Siendo los componentes del síndrome las variables dependientes y en función del consumo de bebidas alcohólicas, se encontró covariación entre el componente de segundo orden introversión/extroversión y la variable de cansancio emocional (traza de Pillai = 0,117, $F = 2,785$ y $p < 0,05$). Se encuentran diferencias significativas para ese factor con los niveles de despersonalización ($F = 7,616$ y $p < 0,01$). No se encontraron covariaciones con el factor ansiedad, tampoco con control social, ni con dependencia/independencia. Sin embargo para objetividad/subjetividad se encontraron diferencias significativas con el nivel de despersonalización ($F = 6,928$ y $p < 0,01$). Los evaluados reportaron no consumir sustancias psicoactivas.

No se encuentran covariaciones entre el síndrome, la relación con el jefe y la relación con compañeros en función del servicio, ni con los hijos; sin embargo sí se presenta covariación entre el síndrome y la relación de pareja en función del servicio (traza de Pillai = 0,250, $F = 6,451$ y $p < 0,001$). También se encontraron diferencias significativas entre la relación de pareja y en nivel de realización personal ($F = 17,231$ y $p < 0,001$), además se encontró correlación entre estas variables ($r = -0,453$, $p < 0,01$).

Discusión

A partir de los resultados no se encontró influencia entre los factores del perfil psicológico y el nivel de cansancio emocional, pérdida de atractivo hacia el trabajo y baja motivación por las tareas propias de la labor que se desempeña; mientras que otros componentes del síndrome como la despersonalización, objetivización del paciente, la poca empatía en las relaciones, el abandono de la realización personal, ausencia de metas y el pensar que todo esto hecho, presentaron correlaciones con los decatipos E y F del 16PF. Estos resultados sugieren que las personas con patrones conductuales impulsivos y dominantes tienen menor predisposición al abandono de su realización personal.

En relación con el análisis de los factores de segundo orden y las ecuaciones derivadas del 16PF se encontraron relaciones entre introversión/extroversión y libre de accidentes con despersonalización, sin embargo es necesario realizar nuevos estudios para evaluar los resultados encontrados.

En cuanto a la evaluación del perfil psicológico, las características de personalidad ansiedad y neuroticismo se presentan en niveles altos en Oncología, mientras que el factor de psicoticismo se presentó en mayor proporción en Oncología y fue el más bajo en Urgencias. Para entender estos resultados hay que considerar que las respectivas unidades tienen como objetivo principal el contacto constante e intenso con enfermos críticos y crónicos y con las demandas de sus familiares, que exigen del personal excelencia y gran agilidad, rapidez y precisión, tal y como lo mencionan Monte y Peiró (1997). De otra parte los turnos exigentes y agotadores y el hecho de trabajar con toda clase de pacientes (niños, jóvenes, ancianos, individuos con múltiples enfermedades) implica que las personas estén en una continua exigencia de sí mismos; estos aspectos se relacionan con lo que se ha denominado sobrecarga de rol (Moreno & Peñacoba, 1997).

Los resultados muestran que las personas presentan altos niveles de ansiedad, por lo que sería necesario establecer nuevos estudios que permitan evaluar si esta condición es necesaria para poder responder a las demandas del rol, sin embargo hay coincidencia con los resultados encontrados por Monte y Peiró (1997). Tal condición no debe considerarse necesariamente como negativa, sin embargo, desde la perspectiva de la calidad de vida del profesional, es un probabilizador de desgaste emocional y alteraciones psicofisiológicas (migrañas, cefaleas, dolor muscular, etc.) (Capilla, 2000).

El mantenimiento y calidad de las relaciones afectivas correlacionó negativamente con el desarrollo del síndrome; esto es coincidente con lo planteado por Chacón y Grau (1997) respecto a la relación significativa entre las

personas que no mantienen relaciones afectivas estables y el síndrome de estrés asistencial.

Aunque estadísticamente no se revelaron diferencias significativas entre las personas que tenían o no personal bajo su cargo, clínicamente sí se evidenciaron diferencias relevantes en lo que se refiere a este aspecto. La información que arrojaron los instrumentos de evaluación directa como la entrevista y el registro de observación, sí refleja en algunos casos que ésta es un área que no debe ser descuidada a la hora de intervenir en la población estudiada ya que se pueden presentar los aspectos negativos relacionados con el rol que desempeña la persona (conflicto de rol, sobrecarga de rol y ambigüedad de rol).

Aunque no se encontró correlación entre la relación con el jefe y el desarrollo de síntomas del síndrome en los aspectos laborales asociados con los resultados arrojados por la evaluación, se encuentra que en las diferentes áreas existe ambigüedad de rol que se puede estar desarrollando a raíz de que gran parte del personal reporta que no existe una buena comunicación entre las jefes de enfermería y las auxiliares, lo que en ciertos momentos puede ser no sólo molesto para el personal, sino que puede afectar también a los pacientes. Los canales de comunicación están bloqueados la mayoría del tiempo por los altos niveles de estrés que se manejan, sobre todo en las horas de la mañana y de la tarde que son en las que hay mayor afluencia de familiares, estudiantes y médicos. Esto lleva consigo niveles altos de cansancio emocional acompañado por una alta despersonalización y una baja realización personal, siendo reportado por ellas/os que el trabajo no los satisface como debería y esto estaría impidiendo un desempeño adecuado de la labor (del rol).

En respuesta al objetivo general del estudio, se plantea la relación entre factores de la personalidad, la calidad de vida y el ambiente laboral en la adquisición y posterior desarrollo de los síntomas del síndrome de estrés asistencial, sin embargo los resultados no son concluyentes. Algunos de los síntomas del síndrome de estrés asistencial se presentan en el personal asistencial evaluado, aunque no necesariamente el síndrome; sin embargo al hacer una revisión de la literatura (Moreno & Peñacoba, 1999; Monte & Peiró, 1997; entre otros), puede plantearse la probabilidad de la emergencia del mismo dados los resultados hallados en la investigación.

En futuras investigaciones se sugiere evaluar las condiciones sociodemográficas de los participantes, estrategias para solución de problemas, tiempo de permanencia en las unidades y las condiciones sociales propias del medio que pueden ser un factor generador de ansiedad, diferenciada de la producida por las condiciones laborales. También es necesario tener en cuenta otros instrumentos de evaluación de personalidad para contrastar los hallazgos con el 16PF.

Referencias

- Bernal, E., Escalera, M., Hernández, P. (Dir.) (2002). *Estudio descriptivo del síndrome de estrés asistencial en el personal de salud del Hospital Militar Central*. Tesis de grado: Universidad Católica de Colombia, Bogotá.
- Borja, C., Gómez, A., León, M., Murcia, A., Hewitt, N. & Molina, J. (Dir.) (2001). *Variables de la práctica clínica relacionadas con la salud mental de los psicólogos que ejercen como terapeutas en Bogotá*. Tesis de grado: Universidad Católica de Colombia, Bogotá.
- Boyle, A., Grap, M., Yonger, J. & Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and Burnout Syndrome, Critical care nurses. *Journal on advanced nursing*, 16, 850-856.
- Brock, D. (1993). Medidas de la calidad de vida en el cuidado de la salud y la ética médica. En: M. Nusbaum & A. Sen (comp.). *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Capilla, R. (2000). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. Medline. *JANO EMC*, 58; (1334), 56-58.
- Cardozo, C. (1995). *Programa de estandarización y evaluación Pigma 16PF*. PSEA Ltda.
- Cattel, R. B. (1994). *Manual de 16PF, Cuestionario factorial de personalidad*. Madrid: TEA.
- Chacón, M. & Grau, J. (1997). Síndrome de estrés asistencial en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana de Oncología*, 13, (2).118-125.
- Cherniss, C. (1980). *Professional Syndrome Burnout in human service organizations*. Nueva York: Praeger.
- Fernández-Ríos, L. & García-Fernández, M. (1999). Psicología preventiva y calidad de vida. En: G. Buena-Casal; V. E. Caballo y J. C. Sierra (comp.). *Manual de evaluación de psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2000). *Metodología de la investigación*. México: MacGraw-Hill.
- Hillhouse, J., & Adler, C. (1991). *Stress, health and immunity: A review of the literature and implications for the nursing profession*. Tennessee: Veterans administration medical center mountain home.
- Manassero, M., Fornés, Fernández, Vázquez & Ferrer. (1995). Síndrome de estrés asistencial en la enseñanza: análisis de su incidencia y factores determinantes. *Revista de educación*, 308; 241-266.
- Maslach, C. & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Syndrome Inventory Manual*. Escuela de Palo Alto CA: Consulting Psychologist Press.
- Mingote, Adán. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. Medline. *Formación médica continuada*, 5 ;(8), 493.

- Monte, P. & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. México: Síntesis psicológica.
- Moreno, B. & Peñacoba, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En: M. A. Simón (Ed). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- OMS - Citado en British Medical Journal (2000). 320: 237, 243. En: www.who.org
- Pérez, J. & Páez, D. (2001). Satisfacción laboral, síndrome de estrés asistencial y clima emocional en empleados de prisiones de Bogotá: un estudio exploratorio. *Acta colombiana de psicología*, 6, 41-65.