

# Afrontamientos y emociones en profesionales de enfermería oncológica con síndrome de desgaste profesional

## *Coping and emotions in oncological nurses in burnout*

Margarita Chacón Roger, Jorge Grau Abalo,  
Martha E. Guerra y Coralía Massip Pérez<sup>1</sup>

### RESUMEN

Se realizó un estudio multicéntrico, analítico y de corte transversal que describe los afrontamientos y estados emocionales en el personal de enfermería que trabaja en oncología. Se establecieron las posibles relaciones entre los niveles del síndrome de desgaste profesional o *burnout*, los afrontamientos y algunas variables sociodemográficas y laborales. Se identificaron además las emociones de ansiedad y depresión y su relación con el síndrome. La muestra estuvo constituida por 143 enfermeros de tres hospitales oncológicos cubanos. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario Breve de Burnout, la Escala de Afrontamientos de Lazarus, los Inventarios de Ansiedad y Depresión Rasgo/Estado y una ficha de datos generales para registrar las variables sociodemográficas y laborales. Los afrontamientos más frecuentemente empleados por el personal no afectado por el síndrome de desgaste profesional fueron la confrontación, la planificación, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo. Los profesionales afectados moderadamente o mucho usaron los afrontamientos de distanciamiento, evitación o huida y búsqueda de apoyo social. Los estados emocionales estuvieron relacionados de forma estadísticamente significativa con los niveles del síndrome, no así las expresiones de estas emociones como rasgos. La ansiedad fue más frecuente que la depresión en los profesionales desgastados.

**Palabras clave:** Desgaste profesional en enfermería; Estrategias de afrontamiento; Ansiedad y depresión.

### ABSTRACT

*An analytical, transversal and multicentric study was carried out focused on issues concerning to coping and emotional states among nurses who work on the oncology field. Possible relations among the different levels of burnout were established, as well as coping and some socio-demographical and professional variables. Anxiety and depression emotions were also identified and their relation with burnout. The personnel chosen were composed by 143 nurses from three Cuban oncological hospitals. The instruments used were Burnout Brief Questionnaire, the Lazarus Coping Scale, the State-Trait Anxiety Inventory, the State-Trait Depression Inventory, and a table of general data to register the socio-demographical and professional variables. The most frequent coping strategies used by the non-damaged personnel were confrontation, planning and positive appraisal, and the looking for support. On the other hand, who were affected at a high or moderate level used similar strategies: isolation escape and looking for social support. The emotional states were related in a very significant statistical way with the levels of burnout, but not in the expressions of these emotions like traits. Anxiety was more frequent than depression in the personnel damaged by their job.*

**Key words:** Burnout in nursing work; Coping strategies; Anxiety and depression.

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR), 29 y F, Vedado, Plaza, 10400 La Habana, Cuba, tel. (537)55-25-74, fax (537)55-25-93, correo electrónico: magali.chacon@infomed.sld.cu. Artículo recibido el 12 de junio y aceptado el 13 de agosto de 2006.

## INTRODUCCIÓN

La conceptualización del síndrome de desgaste profesional (SDP), conocido convencionalmente como *burnout*, como una respuesta al estrés laboral mantenido, concede particular importancia a las estrategias de afrontamientos desplegadas por los sujetos ante la percepción de estresores (Gil-Monte y Peiró, 1997). De ahí que la modificación de los afrontamientos sea comúnmente empleada dentro de las estrategias de intervención. De hecho, muchos de los programas orientados a la prevención y control del desgaste profesional se han abocado a desarrollar diversas estrategias de afrontamiento, modificar las existentes o incentivar la utilización de nuevas y más eficaces.

Lazarus y Folkman (1984) señalan que la dinámica que caracteriza al afrontamiento como proceso no es fruto del azar; los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno; por lo tanto, el estrés y el afrontamiento son aspectos importantes en el funcionamiento no adaptativo. En general, los afrontamientos pueden influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés; prevenir o aminorar las condiciones ambientales nocivas o perjudiciales; dejar de regular la perturbación emocional que aparece frente a daños o amenazas incontrolables, o expresar una serie de valores, estilos de vida o de afrontamiento que son en sí mismos perjudiciales (Grau, 2005; Lazarus y Folkman, 1984).

No es posible hablar de la importancia del proceso de afrontamiento en el marco de las teorías del estrés sin antes analizar las valoraciones que se producen antes de desplegar cualquier recurso o estilo de afrontamiento. Debe hacerse referencia al afrontamiento que modifica el entorno físico y social del que depende una relación emocional. Cada proceso de afrontamiento tiene aplicaciones distintas para la emoción, no sólo en lo que respecta a la eficacia con que se afronte la situación problemática, sino también en lo que se refiere a la regulación directa de la emoción mediante desviaciones de la atención, o afrontamientos cognitivos del tipo de la negación, el distanciamiento y la redefinición de la situación. Muchas de estas estrategias cognitivas de afrontamiento alteran o distorsionan

la valoración inicial, de tal modo que cambian también la emoción experimentada (Lazarus y Folkman, 1984).

Hay acuerdos en que las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas pueden tener efectos facilitadores o inhibidores sobre el proceso de desarrollo del SDP (Boyle, Grap, Younger y Thornby, 1991; Ceslowitz, 1989; Leiter, 1991). Se plantea que los sujetos que emplean estrategias de carácter activo o centradas en el problema reflejan menos desgaste profesional que quienes utilizan estrategias de evitación o escape o centradas en la emoción. El afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar con estrategias defensivas y, en otros, con las que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno. Téngase en cuenta que, al igual que los afrontamientos y las emociones, el desgaste profesional es un proceso en el cual van cambiando también sus dimensiones; por esta razón, hay que recibir con la necesaria cautela los resultados de investigaciones que constatan relaciones de afrontamientos y emociones con las dimensiones fundamentales del síndrome (agotamiento emocional, despersonalización y disminuida realización personal en el trabajo), ya que tales resultados pueden ser propios de determinados cortes "transversales" del proceso de desgaste.

Desde hace mucho tiempo se ha subrayado el papel de los procesos cognitivos en las emociones, aunque con frecuencia su consideración ha sido más implícita que explícita. Algunos trabajos posteriores de Lazarus (1993a, 1993b) recalcaron los aspectos emocionales en que se fija el estrés, destacando el valor de la regulación emocional en el proceso de salud-enfermedad. Otros investigadores, desde posiciones diferentes o similares (Grau, Martín, Portero, 1993; Labrador, 1995; Spielberger, 1966; Spielberger y Moscoso, 1996), subrayan asimismo el valor de los aspectos emocionales en el proceso de estrés. Desde este enfoque, el estrés puede definirse como un proceso que incluye transacciones entre el individuo y su medio ambiente, durante las cuales los estresores están íntimamente conectados con reacciones emocionales a través de la percepción de amenaza, en una secuencia simplificada de estresor → percepción de amenaza → reacción emocional.

La mayoría de los expertos consideran actualmente a las emociones como estados o condiciones psicobiológicas complejas, cualitativamente diferentes, las cuales tienen a la vez propiedades fenomenológicas y fisiológicas (Lazarus, 1991, 1993a, 1993b; Spielberger, 1966, 1972). La calidad e intensidad de los sentimientos experimentados durante la estimulación emocional parecen ser las características más peculiares e importantes en toda emoción. Diferencias en rasgos o predisposiciones de personalidad (*traits*), que son el resultado de experiencias pasadas, también han sido reconocidas como estados emocionales “fijos” de gran influencia, por cuanto que permiten al individuo responder a estímulos y circunstancias similares de manera radicalmente diferente (Spielberger y Moscoso, 1995, 1996), lo que fue reconocido muy tempranamente por Lazarus (1966). De este modo, si una situación amenazadora evoca una reacción emocional, ésta dependerá de cómo tal situación es percibida e interpretada por el individuo, y en este sentido la reacción emocional es el resultado del proceso de evaluar cognitivamente el significado de lo que en ese momento pone en riesgo la seguridad, la autoestima o la estabilidad personal (Moscoso y Oblitas, 1994). Es así que Lazarus (1993b) redefine el estrés como una forma particular de transacción entre la persona y su medio ambiente, la cual consiste en tres elementos básicos: estresores, peligro y reacciones emocionales.

Las reacciones emocionales primarias más frecuentes, producto de la evaluación cognitiva de amenaza, son la *ansiedad* y la *ira, rabia o cólera*, y la *depresión*, derivada de los sentimientos de pérdida; al estudio de estas emociones han dedicado sus trabajos Spielberger y sus colaboradores por más de dos décadas (Crane, 1981; Spielberger, 1966, 1972, 1979, 1982, 1983, 1985, 1988a, 1988b; Spielberger y cols., 1983, 1985, 1995; Spielberger y Moscoso, 1995, 1996; Spielberger y Sydeman, 1994). Un estado de ansiedad consiste en un sentimiento de nerviosismo, preocupación, tensión y aprensión, incluida la excitación del sistema nervioso autónomo. Dicho estado puede variar desde una ligera aprensión hasta un temor intenso o franco pánico. De la misma manera, un estado de ira consiste en sentimientos que pueden variar de una ligera irritación o fastidio a una rabia intensa

y furia, con una excitación del sistema nervioso autónomo equivalente a la intensidad de tales estados.

Existen diferencias entre individuos en cuanto a la frecuencia e intensidad al sentir estas emociones. Los rasgos de ansiedad y de ira (hostilidad) se refieren a las diferencias individuales en la tendencia o propensión a experimentar dichas emociones. En consecuencia, al evaluar el estrés hay que tener en cuenta las interacciones y vínculos entre estresores, valoración cognitiva, significación de amenaza, además de los estados emocionales, los rasgos de personalidad o las diferencias individuales. Se afirma, por ejemplo, que los sujetos con niveles elevados en rasgos de ansiedad son mucho más vulnerables a sentirse evaluados por otros debido a que tienen una pobre autoestima y falta de autoconfianza, y, por ende, mantienen un nivel de pensamiento dirigido hacia un “temor al fracaso” (Grau, 1982; 2005; Grau, Hernández y Vera, 2005).

La evaluación de las dimensiones rasgo-estado (ser-estar) se ha convertido en el objetivo de numerosos trabajos que han dado lugar a valiosos instrumentos. La evaluación de la ansiedad en esas dimensiones ha considerado como bases teóricas los supuestos conocidos de *señal de peligro* de Freud, los conceptos de Raymond B. Cattell acerca de los rasgos y estados, así como los refinamientos de estos conceptos por Spielberger en las décadas de 1960 y 1970. Hoy se acepta diferenciar entre ansiedad personal (ansiedad-rasgo), ansiedad situacional y ansiedad patológica (Grau, 1982; Grau, Martín y Portero, 1993). Una revisión más completa de la ansiedad y sus diferentes formas de expresión puede hallarse en los trabajos clásicos de Spielberger y en los más recientes de Grau (1982), Grau y cols. (1993), Portero (1996) y Grau y cols. (2005).

A lo largo de mucho tiempo, la depresión ha sido uno de los fenómenos más estudiados y no por eso mejor comprendidos. Una de las fuentes de confusión que suele influir en las discusiones sobre este tópico se encuentra en el hecho de que el término tiene significados distintos en la neurofisiología, la farmacología, la psiquiatría y la psicología; de hecho, en un mismo campo (psicopatología, por ejemplo) suele usarse el término indistintamente para referirse a un estado de ánimo, a un síntoma o a un síndrome (Martín, Grau,

Ramírez y Grau, 1999). En el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) se define la depresión como un período de persistente autoestima baja que puede manifestarse en forma de tristeza, apatía o desaliento, y una pérdida del interés o la capacidad de sentir placer. Cuando se diagnostica un episodio de depresión mayor, al menos la tristeza y la pérdida de interés deben ocurrir durante no menos de dos semanas, acompañándose de tres o más síntomas psicósomáticos (agitación o alentamiento psicomotor, insomnio o hipersomnia, etc.).

El abordaje psicológico sobre las relaciones entre la vulnerabilidad personal y los acontecimientos vitales en la génesis de la depresión también ha contribuido a aumentar la incertidumbre con respecto al término. Los modelos más difundidos (como el modelo psicoanalítico de la retroflexión de la hostilidad y los modelos cognitivo-conductuales de Beck, Seligman, Lewinshon y otros) han hecho aportes interesantes para la comprensión de algunos trastornos depresivos, pero no esclarecen definitivamente la relación que hay entre la fenomenología de los estados depresivos y los procesos que conducen a su génesis y desarrollo. En estos modelos, se tiende a confundir los factores personales predisponentes con los síntomas propios de la depresión, sin que queden delimitadas las fronteras que pudieran diferenciar a una persona que *está deprimida* de una persona *con propensión a deprimirse*. Otro de los factores que contribuye a fomentar la confusión se basa en que la ansiedad y la depresión tienen muchas características en común, fenomenológica y genéticamente, como se ha reconocido ampliamente en la literatura y la práctica clínica. Una gran parte de los pacientes exhiben los “síndromes ansioso-depresivos”, diagnosticados con suma frecuencia, y por otra parte algunos síntomas como la irritabilidad, la inquietud, los trastornos del sueño y la alimentación son comunes a ambos tipos de trastornos (Martín y cols., 2003).

Entre los años 1970 y 1990 se desarrollaron en Cuba numerosos estudios cuyo propósito fue la caracterización de las diversas formas de expresión de la ansiedad y la depresión. Partiendo de la distinción de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado inicialmente esbozada por Cattell y sus colaboradores (Cattell, 1966; Cattell y Sheier, 1961, 1963) y desarrollada posteriormente por Charles Spielberger

y otros autores (Gaudry, Spielberger y Vagg, 1975; Janin y Yu, 1978; Spielberger, 1966, 1972, 1976, 1979, 1983; Spielberger y Moscoso, 1996), así como de los modelos transaccionales de estrés propuestos por Lazarus (1984, 1991), los investigadores cubanos asumieron que la expresión de la ansiedad y la depresión podrían tomar formas diversas: como estados emocionales reactivos y como predisposiciones relativamente estables de la personalidad, las cuales se manifestarían de manera diferente en función de las formas particulares de valoración de las situaciones estresantes y de los recursos del individuo para enfrentar tales situaciones. Como resultado de esos estudios, se propuso un modelo teórico para explicar sus intervínculos en el proceso de estrés (Grau, Martín y Portero, 1993). De acuerdo a este modelo, la ansiedad y la depresión se pueden expresar como estados emocionales más o menos transitorios y como rasgos de la personalidad relativamente estables. Ellos no son más que el reflejo subjetivo de la situación vital del sujeto en un momento determinado (en el caso de los estados emocionales) o “fijados” a lo largo de su vida (en el de los rasgos de la personalidad), entendiéndose que ese reflejo no es una copia pasiva sino activa, modulada por factores intrínsecos (biológicos, histórico-biográficos, socioculturales, etc.). De acuerdo con dicha concepción, tanto los estados emocionales como los llamados rasgos afectivos de la personalidad son construcciones psicológicas complejas en las que se produce una imbricación de aspectos cognitivos, emocionales y conductuales; el factor que determina fenomenológicamente las diferentes formas de expresión de los estados de ansiedad y depresión es la forma particular en la que el individuo valora la situación estresante y sus recursos o posibilidades de afrontamiento (Grau y cols., 1993). Las investigaciones realizadas mostraron que detrás de estos tipos de ansiedad y depresión personal se hallaban diferentes estructuraciones de la esfera motivacional, la autovaloración y otras que se han desarrollado ontogenéticamente. De esta manera, la ansiedad y la depresión como rasgo constituyen indicadores pronósticos que ayudan a predecir la forma en que reaccionará una persona ante determinadas situaciones, aunque no son los únicos predictores (Grau y cols., 1993). Las citadas investigaciones, desarrolladas

durante más de veinte años en universidades e instituciones cubanas de salud, las cuales permitieron elaborar un modelo convencionalmente conocido como “enfoque personal del estrés”, han tenido también una vertiente de desarrollo instrumental que se expresó en la validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) de Spielberger (cfr. Castellanos, Grau y Martín, 1986), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Charles Spielberger para Niños (IDAREN) (Lorenzo, Grau, Vizcaíno, Fumero, Martín y Prado, 2003) y el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) (Ramírez, Grau, Martín y Grau, 1989; Martín, Grau y Grau., 2003). Este último tiene un equivalente en el Cuestionario de Depresión Rasgo-Estado (ST-DEP), elaborado por Ritterband y Spielberger (1996) y Spielberger (1999), pero realmente el IDERE fue validado una década antes de la versión española del ST-DEP por Spielberger, Carretero, De los Santos y Buela (2002a, 2002b).

En los estudios cubanos se otorga especial importancia al tránsito de una a otra emoción y al papel que en este tránsito tienen la valoración de los estresores, la autovaloración personal y los afrontamientos. Ya desde hace mucho tiempo se afirmaba que las valoraciones de control se hallan en estrecha relación con el afrontamiento; las situaciones evaluadas como susceptibles de cambio (control) se asocian más frecuentemente a estrategias dirigidas al problema. Por el contrario, las situaciones que no tienen posibilidad de cambio se asocian más con estrategias dirigidas a la emoción.

Las creencias sobre el control personal tienen una especial importancia al explicar las relaciones entre los procesos de estrés y el desgaste profesional, y apuntan hacia las personas que tienen la creencia de que pueden tomar decisiones que produzcan resultados deseados y que puedan evitar los indeseados. Tales creencias pueden explicarse dentro del marco más amplio de la teoría atribucional. A la vez, estas atribuciones causales influyen en la emoción y la motivación, y, por lo tanto, en el comportamiento.

El locus de control alude a la creencia de que los eventos vitales y sus consecuencias son controlados por las propias decisiones y acciones (locus interno) o por fuerzas externas, como otras personas, la suerte o el destino (locus externo). Diferentes estudios señalan que los sujetos con locus de

control externo experimentan con más frecuencia bajos sentimientos de realización personal en el trabajo (Capel, 1987; Faqua y Couture, 1986).

En relación con el constructo *estilos de atribución*, similar al locus de control, Haack (1988) encontró que las enfermeras que atribuían la causa de su estrés a sus características personales, experimentaban significativamente más realización personal en el trabajo. Cuando esta causa se ubicaba en el entorno, sólo sufrían mayor agotamiento emocional, pero si se atribuía a sus pacientes, manifestaban más agotamiento emocional y más despersonalización. Los resultados con el locus de control y las creencias atribucionales pueden explicarse, según Gil-Monte y Peiró (1997), porque los sujetos con locus interno perciben más control de las situaciones y sus expectativas de afrontamiento son más diversas, buscando así mayor información y apoyo social, mientras que los de locus externo son más propensos al desamparo y al afrontamiento centrado en la emoción. En cuanto a la despersonalización, el apoyo social facilita que el sujeto evalúe de forma adecuada su entorno social, así como sus actitudes hacia los demás, desencadenando o inhibiendo los efectos del síndrome de desgaste profesional, conocido también como “síndrome de quemarse en el trabajo” (Capilla, 2000; Gil-Monte, 2001; Gil-Monte y Peiró, 1997; Manzano, Ramos, 2001; Pando, Bermúdez, Aranda y cols., 2000).

En un estudio realizado en Cuba con el personal de enfermería de tres hospitales oncológicos, se reporta una asociación entre los niveles del SDP y el nivel global de variables personales salutogénicas y de sus componentes (personalidad resistente y sus componentes de reto, compromiso y control, así como sentido de coherencia y sus factores de comprensibilidad, significatividad y manejabilidad). Se puso en evidencia, por ejemplo, que el valor promedio del “reto” y el “compromiso” se reduce en la medida que crece el nivel de afectación por el SDP; el “control” se relaciona más con las diferencias entre las puntuaciones de los moderadamente afectados respecto a los muy afectados. En general, los valores promedios de los componentes de la personalidad resistente se reducen en la medida en que crece el nivel de afectación por el desgaste. El decrecimiento temprano (en los no afectados y los moderadamente afectados) de

los componentes “reto” y “compromiso” podría estar apuntando a que estas dimensiones actúan como amortiguadores desde los primeros niveles de daño por el SDP (Chacón, 1999; Chacón y Grau, 2004). Aunque las variables salutogénicas señaladas no son afrontamientos propiamente dichos, sí se relacionan con las formas en que las personas afrontan los estresores y las circunstancias de la vida.

Pines (1997) ha hallado que no hay diferencias en el nivel del SDP en función del sexo, pero sí en las distintas formas de afrontarlo. Ceslowitz (1989) señala que las enfermeras con bajos sentimientos de “quemarse” emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamientos de carácter activo orientadas al problema. Sin embargo, Boyle y cols. (1991) reportan que los niveles del SDP en enfermeras correlacionan significativamente con las estrategias de distanciamiento.

Otra variable moduladora comúnmente estudiada en el marco del SDP es el apoyo social. La falta de apoyo social en el trabajo es una variable que puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el desgaste (Aranda y cols., 2004), especialmente a través de los efectos moduladores sobre el agotamiento emocional. Esto se ha observado en enfermeras (Constable y Russell, 1986) y trabajadores sociales (Koeske y Koeske, 1989); también se ha obtenido cierta evidencia empírica de ese efecto modulador a través de la despersonalización (Russell, Altmaier y Velzen, 1987). Etzion (1984) encontró que la falta de apoyo social facilitaba los efectos positivos del estrés laboral sobre el SDP en hombres de una muestra de directivos israelíes solamente. En el caso de las mujeres de este estudio, tal influencia era ejercida fundamentalmente por el apoyo social extralaboral. Cohen y Wills (1985) apuntan que los efectos moduladores significativos del apoyo social ocurren cuando éste es eficaz para afrontar el tipo de estresor presente y cuando los niveles de estrés que propician la situación son elevados.

Como ha sido señalado por muchos autores, si bien la categoría de *afrontamientos* desempeñó un papel clave en el desarrollo teórico original de los modelos transaccionales de estrés, la tendencia actual está dirigida a rescatar el papel de las emociones en el curso del proceso de salud-enfermedad sobre la base de modelos transaccionales

más complejos que conjugan la teoría de las vivencias, la personalidad y la doble estructura rasgo-estado de ciertas emociones (Grau, 2005; Grau, Hernández, Vera, 2005; Grau, Martín y Portero, 1993). En consecuencia, no es de extrañar que tales conceptos (afrontamientos y emociones) deban ser analizados con un enfoque que no descuide la personalidad, cuando se buscan modelos explicativos del desarrollo del SDP ante estresores laborales. La identificación de los afrontamientos más usados por el personal afectado y las emociones presentes en estos profesionales sería una etapa inicial necesaria en la búsqueda de esos modelos explicativos.

Por ende, este trabajo está abocado fundamentalmente a presentar los resultados de una investigación que identifica los afrontamientos más usados por el personal de enfermería afectado por el SDP en los hospitales oncológicos de Cuba y su relación con algunas variables sociodemográficas y laborales. Pretende además describir algunos resultados relacionados con los estados emocionales de ansiedad y depresión en dicho personal.

## MÉTODO

Se realizó un estudio analítico, de corte transversal, multicéntrico, para identificar los afrontamientos y estados emocionales en el personal de enfermería que trabaja en el área oncológica. Se establecieron las posibles relaciones entre los niveles de SDP, los afrontamientos y algunas variables sociodemográficas y laborales. Se identificaron, asimismo, las emociones de ansiedad y depresión y su relación con el desgaste profesional.

## Sujetos

Se utilizó una muestra de 143 sujetos, representativa del personal de enfermería de los tres centros especializados en Cuba en la atención a pacientes con cáncer.

## Instrumentos

El nivel global del SDP se estimó utilizando el Cuestionario Breve de Burnout (CBB). Este cuestionario es una adaptación del MBI realizada en España y está compuesto de 21 ítems y una pre-

gunta abierta; el instrumento evalúa las tres dimensiones del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal, e incorpora además escalas para la evaluación de las “características de la tarea”, el “tedio” y algunas variables relacionadas con la “organización laboral” como variables antecedentes; incluye algunas consecuencias o repercusiones del síndrome en la calidad de vida del sujeto, especialmente en su salud y sus relaciones interpersonales. Los autores señalan que este cuestionario sirve para evaluar el SDP, sus antecedentes y consecuencias de forma general (Moreno y cols., 1996). En Cuba, así como en México y otros países, se ha aplicado en varias investigaciones con buenos resultados (Arita y Arauz, 1999; Chacón, 1997; Chacón y Grau, 2004; Hernández, 1995; Landeros, 1996; Portales, 1996). Ha sido sometido a diferentes estudios de validación (Chacón, 1999; Chacón, Grau, Llantá y cols., 2005). La ventaja particular de este instrumento en el presente trabajo es que permite un diagnóstico global del SDP (lo que no se puede lograr con el MBI), además de que hace factible estudiar la relación con otras variables antecedentes y consecuentes.

Se estudiaron los afrontamientos usando la Escala de Afrontamientos, elaborada originalmente por Lazarus; esta escala cuenta con 67 ítems que se agrupan en ocho subescalas (confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida o evitación, planificación y reevaluación positiva). Se le ha empleado en varios estudios en Cuba (Castillo, 1998).

Para evaluar los estados emocionales, se aplicó el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), adaptado y validado en Cuba por Castellanos, Grau y Martín (1986), así como el IDERE, construido en Cuba y validado por Ramírez, Grau, Martín y Grau (1989). Se usó la versión intermedia por tener mayor validez y accesibilidad en el trabajo clínico (Martín, Grau y Grau, 2003). Los niveles de ansiedad y de depresión rasgo y estado –siguiendo la concepción de Spielberger– se estimaron en tres niveles: bajo, medio y alto.

## Procedimiento

Para identificar los afrontamientos utilizados por el personal de enfermería oncológica, se estimó el nivel global de afectación por el SDP en tres categorías: “no afectados”, “moderadamente afectados” y “muy afectados”, siguiendo una técnica de *clustering* con los resultados del CBB, e inmediatamente se aplicó la Escala de Afrontamientos y los inventarios de ansiedad y depresión. Se registraron también los datos generales en una pequeña ficha que recogió algunas variables de carácter sociodemográfico y laboral: edad, sexo, estado civil, tenencia de hijos, estudios realizados, centro donde labora y trabajo que realiza (asistencial o administrativo).

El procesamiento estadístico de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS, versión 11.0 para Windows. Se realizaron distribuciones de frecuencia y se calcularon las medias y desviaciones estándar. Las correlaciones se establecieron por medio del test de chi cuadrada de Pearson. En general, se aplicaron medidas de estadísticas descriptivas expresadas en análisis de frecuencia y porcentajes.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### *Análisis de las variables sociodemográficas y laborales*

Se estudiaron 143 enfermeros y enfermeras, cuya media de edad fue de 37 años y una desviación estándar de 9.08. Como se esperaba, 89.5% eran mujeres, la mitad de ellas casadas; sin embargo, la mayoría no tenía hijos. Más de 70% fueron técnicos de nivel medio, que se corresponde con el nivel secundario o preuniversitario. El 87% de la población estudiada eran enfermeras de asistencia directa a pacientes y familiares, y el resto realizaba funciones asistenciales y administrativas. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel global del SDP y los estudios realizados (.000), de manera que las enfermeras más afectadas tenían un nivel de formación

de técnico medio, que corresponde a un nivel educacional secundario o preuniversitario, en contraste con las que tenían una escolaridad universitaria y eran licenciadas en Enfermería. En cuanto a las variables de edad, sexo, estado civil y tenencia de hijos, los resultados son similares a los reportados en la literatura internacional. Hasta el momento, los estudios que correlacionan estas variables no son concluyentes ya que los resultados han sido contradictorios (García, 1991; Farber, 1984; Zabel y Zabel, 1982); sin embargo, en cuanto a la escolaridad, los estudios realizados en Cuba en muestras de enfermería en diferentes momentos y contextos han revelado una relación estadísticamente significativa entre el grado de estudios realizados y los niveles del SDP (Chacón y Grau, 2004; Chacón, Grau, Llantá y cols., 2005; Hernández, 1995; Portales, 1996).

#### *Niveles de afectación*

Del personal de los tres centros estudiados, resultaron más afectados por el SDP los enfermeros del Hospital Oncológico de Santiago de Cuba. Los niveles de afectación en los enfermeros de los dos hospitales restantes fueron menores que en el

hospital de aquella ciudad, pero similares entre sí. En total, el 63.7% de los enfermeros estaban moderadamente afectados o muy afectados por el SDP. Poco más de 40% se encontraban muy afectados, 36.4% no lo estaban y el resto se ubicó en la categoría de moderadamente afectados (Tabla 1). Llama la atención que la prevalencia de este síndrome en los hospitales oncológicos del país resultara alta, en comparación con la encontrada en otras instituciones de salud, como es el caso de los servicios médicos y quirúrgicos de algunos hospitales generales o de los servicios de meonatología (Landeros, 1996; Portales, 1996; Santos y Grau, 2005). Parece ser que la naturaleza de la tarea (el trabajo con enfermos oncológicos y sus familiares) desempeña aquí un importante papel, además de los factores organizacionales y personales. Gil-Monte y Peiró (1997) plantean que, según diferentes reportes, la prevalencia del síndrome en profesionales de la salud oscila entre 5 y 15% en diferentes poblaciones y países, y que se observa una tendencia al incremento tanto en profesionales de la salud como en maestros (Pando y cols., 2000; Ramos, 2003).

**Tabla 1.** SDP global según nivel de afectación.

Niveles de afectación por SDP	SDP global	
	Frecuencia	%
No afectados	52	36.4
Moderadamente afectados	28	19.6
Muy afectados	63	44.1
TOTAL	143	100.0

De cualquier modo, los datos de afectación por el SDP confirman el presupuesto general de que la enfermería sigue siendo una profesión vulnerable, probablemente por las propias características de la profesión (Arita y Arauz, 1999; Carmona, 2001; Chacón y Grau, 2003, 2004; Chacón, Grau, Llantá y cols., 2005). Si a lo anterior se suman las demandas emocionales por trabajar con enfermos de cáncer, se podría comprender por qué resulta imperativo encontrar modelos explicativos al desarrollo del síndrome en estos profesionales que permitan intervenciones para su prevención y control.

#### *Análisis de los afrontamientos según nivel de afectación por el desgaste profesional*

Las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales han mostrado efectos facilitadores o inhibidores en el proceso de desgaste profesional. En este estudio se halló que la mayor parte del personal de enfermería que trabajaba en los hospitales oncológicos de Cuba, y que de forma global estaba profesionalmente desgastado, respondía ante los estresores laborales percibidos con estrategias de afrontamiento dirigidas a la evita-

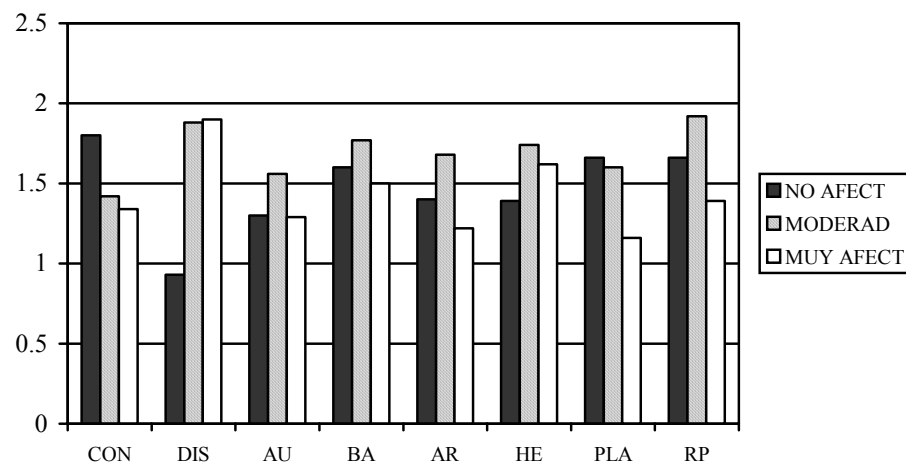


ción, al distanciamiento y a la búsqueda de apoyo social; sólo en un pequeño grupo de sujetos se observaron afrontamientos dirigidos a la confrontación del problema o a la autorresponsabilidad.

De acuerdo a los niveles de afectación, se constató que los no afectados empleaban con mayor frecuencia afrontamientos dirigidos a la confrontación, seguidos de los orientados a la búsqueda de apoyo social, la planificación y la reeva-

luación positiva. Asimismo, los enfermeros afectados moderadamente desplegaron más afrontamientos dirigidos al distanciamiento, la reevaluación positiva, la búsqueda de apoyo, la evitación y la autorresponsabilidad. En el caso de los muy afectados por el síndrome, se observó que predominaban los afrontamientos dirigidos al distanciamiento, la evitación y la búsqueda de apoyo (Gráfica 1).

**Gráfico 1.** Afrontamientos más frecuentes según niveles de burnout.



CON: Confrontación; AR: Autorresponsabilidad; DIS: Distanciamiento; HE: Huída o evitación; AU: Autocontrol; PLA: Planificación; BA: Búsqueda de apoyo; RP: Reevaluación positiva.

Es interesante señalar que todos los moderadamente afectados y muy afectados practicaban estrategias de evitación y distanciamiento, no así el grupo de los no afectados. En general, estos resultados son similares a los reportados por Celoswitz (1989), Boyle y cols. (1991) y Leiter (1991), quienes señalaron que los estudios experimentales muestran que los sujetos que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centradas en el problema reflejan menos sentimientos de “quemarse” en el trabajo que los sujetos que utilizan las de evitación-escape o centradas en la emoción. Celoswitz (1989) reporta que los enfermeros con bajos niveles de SDP dentro de las estrategias de carácter activo dirigidas al problema elaboran planes de acción que acentúan los aspectos positivos de la situación problemática, la búsqueda de apoyo social y la autoconcentración para inhibir la respuesta emocional. Boyle y cols. (1991), en una muestra de enfermeras, hallaron

también que los niveles del síndrome correlacionaban significativamente con las estrategias de distanciamiento.

Un elemento común en cuanto a las estrategias de afrontamiento empleadas por los enfermeros estudiados es, precisamente, que en todos los casos está presente la búsqueda de apoyo social. Este hallazgo es interesante porque pone de manifiesto la identificación de la necesidad de apoyo; por supuesto, ello no garantiza que la cantidad y la calidad del apoyo percibido sean efectivas para lograr los efectos moduladores sobre el proceso del SDP. Se conoce que el apoyo social en el trabajo es una variable que puede modular el proceso de desgaste a partir del estrés laboral, especialmente a través de los efectos protectores sobre el agotamiento emocional. Tales resultados se han observado en enfermeros (Constable, 1986) y trabajadores sociales (Koeske y Koeske, 1989); también se ha obtenido cierta evidencia empírica

de este efecto modulador a través de la despersonalización (Russell y cols., 1987). Aranda y cols. (2004) encontraron en una muestra de médicos de atención primaria una asociación entre las características subjetivas de la red extralaboral de apoyo y las dimensiones correspondientes a la falta de realización personal en el trabajo y despersonalización.

En realidad, son muchos los estudios que relacionan la falta de apoyo por parte de los compañeros de trabajo y de los supervisores como facilitadora del SDP. El hecho de que el personal de enfermería afectado que trabaja en los hospitales oncológicos cubanos utilice como estrategia de afrontamiento la búsqueda de apoyo social, ratifica una vez más que la necesidad de apoyo percibido es una variable importante para contrarrestar los efectos del estrés laboral y del *burnout*; de ahí la importancia de diseñar e poner en ejecución programas de intervención que incluyan el fomento del apoyo social en el trabajo (Chacón, Grau, Llantá y cols., 2005).

#### *Análisis de la ansiedad según nivel de afectación por el desgaste profesional*

Se estudió la ansiedad como rasgo de la personalidad en los enfermeros de acuerdo a tres niveles: bajo, medio y alto. En la muestra general (n = 143 enfermeros), se encontró que no existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad-rasgo y los niveles de afectación por el SDP, de manera que existe un grupo elevado de sujetos afectados en un nivel moderado y muy afectados que poseen un nivel bajo de ansiedad como rasgo de su personalidad. Lo anterior es de esperarse, pues la ansiedad personal se conforma desde edades tempranas. El rasgo de ansiedad se refiere a las diferen-

cias individuales en la tendencia o propensión a experimentar emociones reactivas (estados de ansiedad). Por consiguiente, al evaluar el SDP hay que tener en cuenta las interacciones e vínculos que hay entre los estresores, la valoración cognitiva, la significación de amenaza, los estados emocionales y los rasgos de personalidad o diferencias individuales. Si bien es cierto que los individuos con niveles altos en ansiedad-rasgo son muy vulnerables a sentirse evaluados por los demás debido a que tienen una pobre autoestima y falta de autoconfianza –y por lo tanto mantienen un nivel de pensamiento dirigido hacia "temores de fracaso" (Grau, Hernández y Vera, 2005)–, influyen como variables determinantes el tipo de ansiedad personal (específica e inespecífica), el carácter limitante o abierto de las situaciones ansiógenas en función del sistema de necesidades de la persona, el tiempo de impacto de las situaciones amenazantes y la estructuración funcional de la personalidad (Grau, Martín y Portero, 1993). Debe suponerse que el grado de distribución de estas variables influyentes es amplio en la muestra estudiada.

Sin embargo, se apreció que hubo una relación estadísticamente significativa (.000) entre los niveles de *burnout* y los niveles de ansiedad como estado. Más de la mitad de los sujetos mostró un nivel medio de ansiedad como estado (n = 57) ubicándose en la categorías de moderadamente afectados y de muy afectados. Otros 24 enfermeros exhibieron un nivel alto, clínicamente significativo (Tabla 2). Como puede observarse, de los 52 enfermeros que no se encontraban afectados, sólo 15 experimentaban un nivel medio de ansiedad-estado, mientras que la mayoría tenían un nivel bajo.

**Tabla 2.** Ansiedad como estado según niveles de afectación por el SDP.

SDP global	Niveles de ansiedad-estado			Total
	Bajo	Medio	Alto	
No afectado	36	15	1	52
Moderadamente afectado	3	17	8	28
Muy afectado	23	25	15	63
Total	62	57	24	143

El número de enfermeros con ansiedad-estado alta es diferente en los casos con y sin afectación (sólo 1.9% entre estos últimos, mientras que entre los moderadamente afectados hubo 28.5%, y en los muy afectados 23.8%). Estos resultados hablan a favor de que la ansiedad-estado en los enfermeros afectados por el síndrome constituye uno de los síntomas del estrés laboral y del propio desgaste profesional, ya que los sujetos con SDP se sienten continuamente amenazados ante el estrés percibido al no disponer de habilidades ni estrategias de afrontamientos eficaces, lo que da lugar a la activación y a las manifestaciones de ansiedad.

#### *Análisis de la depresión según nivel de afectación por el burnout*

Se estudió la depresión personal en los enfermeros de acuerdo a tres niveles: bajo, medio y alto. En la muestra general (n = 143) no se observó una relación estadísticamente significativa entre la depresión como rasgo de la personalidad y los

niveles de afectación por el SDP; hubo un grupo elevado de sujetos afectados en un nivel moderado y muy afectados con un nivel bajo de depresión como rasgo de personalidad. Aquí cabe el mismo análisis que se hizo para la ansiedad-rasgo. Cabe esperar que la tendencia personal de los individuos a reaccionar con estados depresivos se distribuyese con independencia del nivel de afectación del SDP, y constituía una condición intrínsecamente personal que no variaría fácilmente por estrés o desgaste.

Resultó interesante observar que, en el caso de la depresión como estado, los resultados son también similares a los hallados en la ansiedad, pues hubo una relación estadísticamente significativa (.000) entre los niveles del SDP y los niveles de depresión-estado, si bien la categoría alta fue menos frecuente que en la ansiedad. Entre los muy afectados por el *burnout*, sólo tres enfermeros reportaron un nivel alto de depresión, pero este grupo tuvo el mayor número de sujetos con depresión-estado considerada como media (Tabla 3).

**Tabla 3.** Depresión como estado según niveles de afectación por el desgaste profesional.

SDP global	Niveles de depresión-estado			Total
	Bajo	Medio	Alto	
No afectado	42	10	—	52
Moderadamente afectado	9	18	1	28
Muy afectado	36	25	3	63
Total	86	53	4	143

Una inspección visual de los datos permite pensar que puede haber una tendencia a reaccionar con depresión-estado a medida que crece el nivel de afectación por el síndrome, lo que tendría que ser verificado en trabajos posteriores.

Hay que destacar que entre los dos estados emocionales en relación con el SDP se aprecian diferencias, siendo menos frecuente la depresión con relación a la ansiedad. Esta última parece ser el síntoma más frecuente del estrés laboral asociado al desgaste profesional, mientras que la depresión es más una consecuencia del fallo de los afrontamientos cuando las demandas que afectan necesidades centrales para el sujeto son vivenciadas por él con sentimientos de incapacidad para

responderlas, de acuerdo al modelo cubano basado en el enfoque personal del estrés (Grau, Martín y Portero, 1993).

## CONCLUSIONES

El estudio de los afrontamientos como parte del proceso de desgaste profesional ha cobrado especial importancia en las investigaciones sobre este fenómeno. Los sujetos que emplean estrategias de carácter activo o centradas en el problema reflejan menos desgaste profesional que los individuos que utilizan estrategias de evitación o escape o centradas en la emoción. Los resultados de

este estudio no se apartan de los resultados reportados internacionalmente, toda vez que en la muestra estudiada de enfermeros oncológicos los afrontamientos más frecuentemente empleados fueron la confrontación, la planificación, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo. En contraste, los enfermeros muy desgastados usaron estrategias de afrontamientos de distanciamiento, evitación o huida y búsqueda de apoyo social. Los moderadamente afectados usaban afrontamientos similares a los muy afectados, ya que fundamentalmente

fueron de distanciamiento, evitación o huida, búsqueda de apoyo y reevaluación positiva. El afrontamiento más frecuente en los tres grupos fue la búsqueda de apoyo.

En cuanto a la relación entre el desgaste profesional y los estados emocionales, se encontró una relación estadísticamente significativa entre los niveles del SDP y los de ansiedad y depresión como estado, comprobándose que la ansiedad es el estado emocional más frecuente en los enfermeros desgastados.

## REFERENCIAS

- American Psychiatric Association/APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Aranda, C., Pando, M. y Pérez, M.B. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o *burnout*: una revisión. *Psicología y Salud*, 14(1), 80-87.
- Arita, B. y Arauz, J. (1999). Afrontamiento, estrés y ansiedad asociados al síndrome de *burnout* en enfermeras. *Psicología y Salud*, 14, 87-94.
- Boyle, A., Grap, M., Younger, J. y Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16(7), 850-857.
- Capel, S.A. (1987). The incidence of and influences on stress and burnout in secondary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 57(3), 279-288.
- Capilla, P.R. (2000). El síndrome de *burnout* o de desgaste profesional. *Revista Fundación de Facultad de Medicina*, 58, 1334.
- Carmona, F.J., Sanz, L.J. y Marín, D. (2001). Síndrome de burnout y enfermería: factores modulares. *Interpsiquis*, 2. Disponible en línea: <http://www.intersalud.es>.
- Castellanos, B., Grau, J. y Martín, M. (1986). *Caracterización de la ansiedad personal presente en la personalidad premórbida de pacientes con trastornos transitorio-situacionales y neurosis de ansiedad*. Reporte de investigación. Santa Clara (Cuba): Facultad de Psicología de la Universidad Central de Las Villas.
- Castillo, Y. (1998). *Proceso de afrontamiento en pacientes de cáncer de cabeza y cuello*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología. La Habana: Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana.
- Cattell, R.B. (1966). Patterns of change: measurements in relation to state-dimension, trait change, lability, and process concepts. En R. B. Cattell (Ed.): *Handbook of multivariate experimental psychology*. Chicago: Rand MacNally.
- Cattell, R.B. y Sheier, I. (1961). *The meaning of measurement of neuroticism and anxiety*. New York: Ronald Press.
- Cattell, R.B. y Sheier, I. (1963). *Handbook for the IPAT Anxiety Scale* (2<sup>nd</sup> ed). Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing Inc.
- Ceslowitz, S.B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14(7), 553-558.
- Cohen, S. y Wills, T.A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Constable, J.F. y Russell, D.W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12, 20-26.
- Crane, R.S. (1981). The role of anger, hostility and aggression in essential hypertension. Doctoral Dissertation, University of South Florida, Tampa, FL). *Dissertation Abstracts International*, 42, 2982 B.
- Chacón, M. (1999). *Personalidad resistente, sentido de coherencia y burnout en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos*. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: Facultad de Salud Pública del Instituto Superior de Ciencias Médicas.
- Chacón, M. y Grau, J. (1997). Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Revista Cubana de Oncología*, 13(2), 118-125.
- Chacón, M. y Grau, J. (2003). Burnout en los equipos de cuidados paliativos: evaluación e intervención. En M. Gómez Sancho (Ed.): *Avances en cuidados paliativos* (pp. 213-221). Las Palmas de Gran Canaria (España): GAFOS.
- Chacón, M. y Grau, J. (2004). *Burnout* y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y Salud*, 14(1), 67-77.

- Chacón, M., Grau, J. y Llantá, M.C. (2005). *Programa de intervención dirigido al control del desgaste profesional o burnout en el personal de enfermería que trabaja en hospitales oncológicos de Cuba*. Reporte de Investigación. La Habana: Instituto de Oncología.
- Etzion, D. (1984). Moderating effect of social support on the stress-burnout relationship. *Journal of Applied Psychology*, 69(4), 615-622.
- Faqua, R. y Couture, K. (1986). Burnout and locus de control in child day care staff. *Child Care Quarterly*, 15(2), 98-109.
- Farber, B.A. (1984). Stress and burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research*, 77(6), 325-331.
- García, M. (1991). *Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios*. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 7(18), 3-12.
- Gaudry, E., Spielberger, C. y Vagg, P. (1975). Validation of the state-trait distinction in anxiety research. *Multivariate Behavior Research*, 10, 331-341.
- Gil-Monte, P.R. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): Aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. Departamento de Psicología Social y Organizacional de la Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, España. Disponible en línea: <http://www.psicologia.com>.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Grau, J. (1982). *Aspectos psicológicos de la ansiedad patológica*. Tesis de Doctorado para optar al Título de Doctor en Ciencias Psicológicas. Moscú: Facultad de Psicología de la Universidad Estatal de Moscú "Lomonosov".
- Grau, J. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. Repercusiones para la psicología de la salud contemporánea. En L. Flórez, M. M. Botero y B. Moreno (Eds.): *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 33-58). Bogotá: Kimpres.
- Grau, J., Hernández, E. y Vera V., P. (en prensa). Estrés, salutogénesis, vulnerabilidad. En: E. Hernández y J. Grau (Eds.): *Psicología de la salud: fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara (México): CUCS.
- Grau, J., Martín, M. y Portero, D. (1993). Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. *Revista Interamericana de Psicología*, 27(1), 37-58.
- Haack, M.R. (1988). Stress and impairment among nursing students. *Research in Nursing and Health*, 11, 125-134.
- Hernández, L. (1995). *El síndrome de burnout en médicos y enfermeras que laboran en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología*. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: Facultad de Salud Pública.
- Janin, Y. (1978). La investigación de la ansiedad en el deporte. *Revista Cuestiones de Psicología*, 6, 35-43 (en ruso).
- Koeske, G.F. y Koeske, R.D. (1989). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory. A critical review and reconceptualization. *Journal of Applied Behavioral Science*, 25(2), 131-144.
- Labrador, F.J. (1995). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Ediciones Temas de Hoy.
- Landeros, M. (1997). *Estrés y burnout en enfermeras de servicios médicos y quirúrgicos del Hospital General Docente "Calixto García", Ciudad de la Habana*. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: Facultad de Salud Pública.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R.S. (1993a). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R.S. (1993b). What do we know about the interrelationships between stress and emotions? En D. Goldberg y M. Brehnitz (Eds.): *Handbook of stress. Theoretical issues and clinical applications* (pp. 245-258). New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leiter, M.P. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviors*, 12(2), 123-144.
- Lorenzo, A., Grau, J., Fumero, A., Vizcaino, M.A., Martín, M. y Prado, F. (2003). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para niños en adolescentes cubanos. *Psicología y Salud*, 13(2), 203-214.
- Manzano, G.G. y Ramos, C.F. (2001). Profesionales con alto riesgo de padecer burnout: enfermeras y secretarias. *Interpsiquis*, 2. Disponible en línea: <http://www.intersalud.es>.
- Martín, M., Grau, J. y Grau, R. (2003). El Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE): desarrollo de una versión cubana. *Terapia Psicológica*, 22(2), diciembre, 23-31.
- Martín, M., Grau, J., Ramírez, V. y Grau, R. (1999). *El inventario de depresión rasgo-estado (IDERE): desarrollo y potencialidades*. Publicación electrónica del capítulo colombiano de ALAPSA, septiembre, 1, Bogotá, Colombia.
- Moreno, B., Bustos, R. y Matallana, A. (1996). La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Psicología de la Salud*, 8(2), 110-137.
- Moscoso, M.S. y Oblitas, L.A. (1994). El proceso de lograr un estilo de vida saludable. *Revista Interdisciplinaria Extensiones*, 1, 3-20.

- Pando, M.M., Bértmudez, D. y Aranda, B.C. (2000). El síndrome del quemado en los trabajadores de la salud. *Salud y Trabajo*, 1, 12-15.
- Pines, A.M. (1997). Gender differences in burnout: Israeli's responses to the Intifada. *European Psychologist*, 2, 1.
- Portales, A. (1997). *Burnout en enfermeras de servicios médicos y quirúrgicos del Hospital General Docente "Calixto García", Ciudad de La Habana*. Tesis de Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: Facultad de Salud Pública.
- Portero, D. (1996). *Las contradicciones internas de la personalidad en la determinación de los estados patológicos y no patológicos de ansiedad*. Tesis de Doctorado. Santa Clara (Cuba): Facultad de Psicología de la Universidad Central.
- Ramírez, V., Grau, J., Martín, M. y Grau, R. (1989). *Construcción de un inventario para evaluar la depresión como rasgo y como estado*. Reporte de investigación. Santa Clara (Cuba): Facultad de Psicología de la Universidad Central.
- Ramos, F. (2003). El síndrome de burnout en los universitarios. Memorias del Primer Congreso Nacional sobre Corrupción en la Universidad Pública Española. *Vivat Academia*, 5(41).
- Ritterband, L.M. y Spielberger, C.D. (1996). Construct validity of the Beck Depression Inventory as a measure of state and trait depression in non-clinical population. *Depression and Stress*, 2, 123-145.
- Russell, D.W., Altmaier, E. y Velzen, D. (1987). Job-related stress, social support and burnout among classroom teachers. *Journal of Applied Psychology*, 72(2), 269-274.
- Santos, M. y Grau, J. (2005). Síndrome de burnout en médicos que trabajan en unidades de cuidados intensivos neonatales. *Psicología y Salud*, 15(1), 25-32.
- Spielberger, Ch.D. (1966). Theory and research on anxiety. En Ch. D. Spielberger (Ed.): *Anxiety and behavior*. New York: Academic Press.
- Spielberger, Ch.D. (1972). Anxiety as an emotional state. En Ch. D. Spielberger (Ed.): *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academic Press.
- Spielberger, Ch.D. (1979). *Understanding stress and anxiety*. London: Harper & Row.
- Spielberger, Ch.D. (1999). *Depression evaluation: euthymia and dysthymia*. Conferencia presentada en el Symposium Internacional sobre Depresión, noviembre, Granada, España.
- Spielberger, Ch.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, Ch.D. (1985). Emotional reactions to stress: anxiety and anger. En A. Eichler, M. Silverman y D. Pratt (Eds.): *How to define and research stress* (pp. 65-70). Washington: American Psychiatric Press.
- Spielberger, Ch.D. (1988a). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, Ch.D. (1988b). *Rationality/Emotional Defensiveness Scale and Need for Harmony Preliminary Manuals*. Miami, FL: University of South Florida.
- Spielberger, C., Carretero D., H., De los Santos-Roig, M. y Buela C., G. (2002a). Spanish development version of the state-trait depression questionnaire (ST-DEP): Trait subscale (T-DEP). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(1), 51-59.
- Spielberger Ch.D., Carretero D., H., De los Santos-Roig, M. y Buela C., G. (2002b). Spanish development version of the state-trait depression questionnaire (ST-DEP): State subscale (S-DEP). *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(1), 71-89.
- Spielberger, Ch.D., Jacobs, G., Russell, S.F. y Crane, R. (1983). Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. En J. N. Butcher y Ch. D. Spielberger (Eds.): *Advances in personality assessment* (159-187). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Spielberger, Ch.D., Johnson, E.H., Russell, S.F., Crane, R.J., Jacobs, G.A. y Worden, T.J. (1985). The experience and expression of anger: construction and validation of an anger expression scale. En M. A. Chesney y R. H. Rosenman (Eds.): *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders* (5-30). New York: Hemisphere.
- Spielberger, Ch.D. y London, P. (1982). Rage boomerangs: Lethal Type A anger. *American Health*, 1, 52-56.
- Spielberger, Ch.D. y Moscoso, M.S. (1995). La expresión de la cólera y la hostilidad y sus consecuencias en el sistema cardiovascular. *Psicología Contemporánea*, 2, 2-18.
- Spielberger, Ch.D. y Moscoso, M.S. (1996). Reacciones emocionales del estrés: ansiedad y cólera. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 14, 59-81.
- Spielberger, Ch.D., Ritterband, L.M., Sydeman, S.J., Reheiser, E.C. y Unger, K.K. (1995). Assessment of emotional states and personality traits: Measuring psychological vital signs. En J. N. Butcher (Ed.): *Clinical personality assessment: practical approaches* (pp. 1-40). New York: Oxford University Press.
- Spielberger, Ch.D. y Sydeman, S.J. (1994). State-Trait Anxiety Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. En M. E. Maruish (Ed.): *The use of psychological tests for treatment planning and outcome assessment* (pp. 292-321). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zabel, R.H. y Zabel, M.K. (1982). Factors in burnout among teachers of exceptional children. *Exceptional Children*, 49(3), 261-263.

