

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología



**Programa de prevención de desgaste profesional
en un grupo de docentes universitarias**

**Trabajo de Graduación presentado por Ruth Yolanda Gálvez Chacón
para optar al grado académico de Licenciatura en Psicología**

Guatemala

2010

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

**Programa de prevención de desgaste profesional en un grupo
de docentes universitarias**

Ruth Yolanda Gálvez Chacón

Guatemala

2010

**Programa de prevención de desgaste profesional en un grupo
de docentes estudiantes universitarias**

UNIVERSIDAD DEL VALLE DE GUATEMALA

Facultad de Ciencias Sociales

Departamento de Psicología

**Programa de prevención de desgaste profesional
en un grupo de docentes universitarias**

**Trabajo de Graduación presentado por Ruth Yolanda Gálvez Chacón
para optar al grado académico de Licenciatura en Psicología**

Guatemala

2010

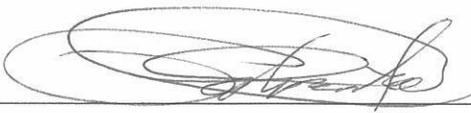
Vo.Bo.:

(f) 
MSc. Claudia García de la Cadena

Tribunal Examinador:

(f) 
MSc. Claudia García de la Cadena

(f) 
MSc. Patricia Rodas de Ruíz

(f) 
MSc. Pablo Eduardo Barrientos Marroquín

Fecha de aprobación: Guatemala, 7 de Mayo de 2010

PREFACIO

La idea de estudiar el “*Síndrome de Burnout*” en mujeres surgió no sólo por el interés de cumplir con el requisito de la Universidad del Valle de Guatemala (UVG) para poder optar al grado de Licenciatura en Psicología, sino también por el interés de explorar un tema poco reconocido en la sociedad guatemalteca. Con esta tesis pretendo incrementar los aportes existentes de las investigaciones realizadas en la UVG, y plantear programas de prevención y manejo del síndrome para las personas que lo necesiten.

Para elaborar este trabajo, se siguió una logística exhaustiva que consistió en lo siguiente: visitas personales a los diferentes departamentos de la universidad, invitaciones a través de Internet, exhibición de carteles y otros materiales en diferentes áreas de la UVG para que las personas se informarán sobre los objetivos del programa y participarán en los talleres de “Prevención y Manejo del Estrés”, “Autoestima y Calidad de Vida” como parte de las estrategias de prevención del “*burnout*” en mujeres docentes y estudiantes universitarias. Inicialmente en los talleres se entregó el material de evaluación “pre”, que consiste de varias escalas de medición con material de profesionales experimentados en el tema. También se incluyeron escalas de medición diseñadas y adaptadas por profesionales de la UVG para evaluar las diferentes áreas que afecta el síndrome. Antes de finalizar se entregaron las evaluaciones “post” para medir las diferencias que se daban entre éste y el “pre”.

La experiencia durante los talleres fue muy enriquecedora, pues me permitió observar e interactuar con figuras muy importantes del claustro de la UVG que mostraron una gran sencillez, no sólo como personas, sino también como profesionales, a pesar de sus amplios conocimientos académicos y cargos importantes dentro de la universidad. La experiencia dejó en mí una gran motivación de participar en investigaciones futuras que favorezcan a las mujeres, principalmente a las docentes universitarias, que se entregan de lleno a la enseñanza y aprendizaje, ya de por sí desgastante dado que implica la interacción, el manejo y la tolerancia de diferentes personas con distintas historias de vida que las docentes se esfuerzan por comprender, para lograr aceptar y orientar de una manera correcta.

Agradezco, primero, al SEÑOR JESÚS, quien siempre ha dirigido mi vida y la de mis amados. Segundo, agradezco a mi esposo y familia, a quienes muchas veces tuve que dejar en un segundo plano para poder lograr mi meta. Tercero, agradezco a mis catedráticas/os quienes a través de sus enseñanzas, me orientaron para lograr mis objetivos. Cuarto, agradezco a las personas que DIOS puso en mi camino, y que me dieron su apoyo y la participación activa, con la cual incrementé y fortalecí mis herramientas, además de lograr un mayor crecimiento personal a través de las diferentes actividades que realicé durante el transcurso de mi carrera. Quinto, agradezco la colaboración de las docentes universitarias del claustro de la UVG y las docentes universitarias que estudian otras carreras en la institución. A todas, les doy las gracias

porque de una u otra forma, han llegado a ser parte del diario de mi vida, y siempre las recordaré con cariño y respeto.

CONTENIDO

	Página
PREFACIO	iv
LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE GRÁFICAS	ix
RESUMEN.....	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO.....	4
A. El Síndrome de Burnout	4
B. Síntomas clínicos y factores que influyen en la conducta de la persona que padece burnout.....	5
C. Factores de riesgo	6
D. Estrés	8
E. Autoestima.....	11
F. Calidad de vida	18
G. Prevención del Síndrome de Burnout	21
H. Burnout en docentes y universitarias	30
III. MARCO METODOLÓGICO	32
A. Objetivo general.....	33
B. Objetivos específicos	33
C. Desgaste profesional	33
D. Diseño de la investigación.....	35
E. Participantes.....	35

	Página
F. Instrumentos de evaluación	35
G. Procedimiento	36
H. Análisis de datos	37
IV. RESULTADOS	39
A. Información general	39
B. Análisis cualitativo de los puntajes de las participantes	44
V. DISCUSIÓN	59
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	63
VII. BIBLIOGRAFÍA	65
VIII. ANEXOS	70
Propuesta de trabajo	75
Consentimiento Informado	76
Escala Maslach (MBI)	77
ISE – Inventario de Sintomatología de Estrés	78
Escala de Depresión de Zung.	80
Cuestionario de Calidad de Vida	81
Información complementaria	82

LISTA DE TABLAS

	Página
Tabla 1 Estadísticos de muestras relacionadas Maslash.....	70
Tabla 2 Inventario de Sintomatología de Estrés (ISE).....	71
Tabla 3 Estadísticos de Zung.....	72
Tabla 4 Prueba de muestras relacionadas Zung.....	73

LISTA DE GRÁFICAS

	Página
Gráfica 1. Rangos de edades de las participantes.....	39
Gráfica 2. Grado académico de los participantes.....	40
Gráfica 3. Institución donde trabaja.....	40
Gráfica 4. Años de ejercicio profesional de las participantes.....	41
Gráfica 5. Tiempo para ejercer la docencia.....	41
Gráfica 6. Realiza ejercicio los participantes.....	42
Gráfica 7. Frecuencia de ejercicio físico.....	42
Gráfica 8. Puntaje de las dimensiones del cuestionario de Maslach (MBI).....	43
Gráfica 9. Puntaje del Inventario de Sintomatología de Estrés (ISE).....	43
Gráfica 10. Puntaje de la escala de de depresión de Zung.....	44

RESUMEN

Este trabajo define el “*burnout*”, como un síndrome clínico y un proceso que deteriora la atención y calidad de servicios en profesiones de atención. El agotamiento emocional, despersonalización y sensación de escasa realización, constituyen las tres dimensiones del síndrome. Este se desarrolla silenciosamente en la persona, quien al darse cuenta de que algo no está bien en ella, se pregunta ¿Qué me pasa? ¿No sé qué me pasa? Sabe que algo no está bien en ella, y lucha por superarlo sin lograrlo. Este mal afecta áreas muy sensibles en la persona, y la lleva a querer manejar niveles de estrés altos sin lograrlo, provocándose ansiedad, desesperación y frustración. Estos factores se incrementan pudiendo la persona llegar a tener afecciones cardiacas, ECV; que pueden imposibilitarla o causarle la muerte.

Las mujeres con personalidad tipo “A” son más proclives a padecer *burnout*, dado el alto grado de autoexigencia, sobreimplicación, competitividad y logros que se plantean en su profesión. Los objetivos que motivaron la realización de este trabajo, han sido lograr no sólo la prevención, sino también mejorar la calidad de vida de las docentes y universitarias de la Universidad del Valle de Guatemala, a través del desarrollo de talleres enfocados en prevención, manejo y control del síndrome. Para lograrlo se utilizó la metodología cuasi experimental con análisis individual, realizándose una pre-post evaluación, que permitieron identificar en un 87 % de las docentes, afecciones que van de leve a moderado en lo que respecta al padecimiento del “*burnout*”, observándose una mejoría sustancial en el post. Probablemente los niveles del síndrome que se encontraron en las participantes, esté relacionado con el tipo de personalidad, ya que la Universidad del Valle de Guatemala, exige de sus docentes o estudiantes, un perfil que se enfoca más al tipo A., ya sea para trabajar o estudiar en la institución. Se concluye que los programas de prevención del *burnout*, benefician tanto a las participantes, como a las instituciones y a la sociedad guatemalteca, porque disminuyen el gasto en salud e incrementar el nivel de calidad en el desempeño de su carrera dentro y fuera de la institución.

I. INTRODUCCIÓN

El fenómeno del “*burnout*” se principió a estudiar en una etapa en la cual la industria ocupaba un lugar preponderante en el mundo. Surgió entonces, la necesidad de entender el fenómeno y dilucidar distintas maneras para evitarlo, con el fin de que las industrias y las personas que trabajaban dentro de ellas se beneficiaran. Se sugirió proporcionar estrategias de reestructuración en las diversas actividades que realizaban las personas, con el fin de evitar, o al menos intentar prevenir al máximo el deterioro de su salud. Los estudios sobre el “*burnout*” no surgieron para comprender las contradicciones en el área de prestación de servicios, exactamente cuando la introducción del sector industrial ocupa un lugar preponderante a nivel mundial y exige de su personal un nivel alto de conocimientos y habilidades específicas para contribuir al éxito de la organización, y de las personas que trabajan en ellas. Así principió, el estudio sistemático de este padecimiento y el enfoque en las distintas maneras de prevenirlo (Freudenberg 1974: 1-8)

En términos del síndrome mismo, diversos investigadores lo han abordado desde distintas perspectivas. El “Síndrome de *Burnout*”, propiamente dicho, fue descrito por primera vez en los años setenta por Herbert J. Freudenberger, quien explica que éste es el resultado o la respuesta que se presenta en las personas debido al continuo estrés laboral que provoca efectos adversos en la salud, las relaciones laborales y sociales.

En los primeros años de la década de los 70, un estudio con profesionales relacionados al tratamiento de usuarios de drogas mostró que después de algunos meses de trabajo, estos profesionales compartían algunos síntomas que ya habían sido observados y estudiados pero en forma aislada, y se podía observar el sufrimiento. Algunos profesionales decían que ya no veían a sus “pacientes” como personas que necesitaban de cuidados especiales, dado que ellos no se esforzaban por dejar de usar drogas, por ejemplo. Otros referían que estaban tan cansados, que a veces ni deseaban despertar para no tener que ir al trabajo. Y otros afirmaban que no lograban cumplir los objetivos que se habían imaginado porque se sentían incapaces y derrotados. A estos síntomas, ahora analizados en conjunto, se les atribuyó el nombre de “*burnout*”. El término “*burnout*” se refiere al estado en el cual la persona se siente “fundida y quemada”, perdiendo el sentido de su relación con su trabajo, de modo que las cosas ya no le importan más y cualquier esfuerzo le parece inútil. La importancia del trabajo de Freudenberger fue precisamente nombrar un sentimiento que ya estaba allí; al nombrar lo que sentimos podemos luchar contra lo que sentimos, podemos entenderlo, enfrentarlo y conocer sus límites (Freudenberg 1974: 8-14). Para Fischer, H (1983: 2) el “*burnout*” es el resultado del trauma narcisista que implica una disminución en la autoestima de la persona.

Mientras que Pines, Ayala & Aronson, Elliot (1988:3), refieren que el síndrome es la combinación de fatiga emocional, física y mental, con sentimientos de impotencia, inutilidad y baja autoestima que incluyen sentimientos de vacío, desamparo, desesperanza y desilusión, que llevan a la persona a generar un auto-concepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma.

Dos de los principales investigadores del tema, Cristina Maslach y Aronson Pines (1982: 7-9), refieren que el síndrome está relacionado con la insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento social, el poco control sobre el trabajo, los conflictos en las relaciones interpersonales, la auto-percepción de baja remuneración y los trabajos con excesivas demandas. También explican que el síndrome es una respuesta inapropiada del organismo ante el estrés, caracterizado por el agotamiento emocional o un sentimiento de no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo, el cansancio físico y psicológico, la despersonalización o distanciamiento emocional de las personas con las que trata en el trabajo, el desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo de carácter negativo hacia las personas que atienden y la falta de logro personal en el trabajo. Describen, que el síndrome es un proceso que se desarrolla como resultado de la interacción de diversos factores internos y externos en las personas que trabajan atendiendo a los demás. Todos estos hallazgos han llevado a que el síndrome se considere compuesto por una triada caracterizada por: a) Agotamiento emocional, b) Despersonalización, c) Bajo logro o realización profesional o personal.

Las personas también pueden presentar sentimientos de fracaso personal, carencia de expectativas y horizontes en el trabajo e insatisfacción general, todo lo cual incrementa la probabilidad de acciones contraproducentes como la impuntualidad, el ausentismo o incluso el abandono de la profesión (Maslach y Jackson 1986: 12). De igual manera, se ha encontrado que quienes son más vulnerables a padecerlo son especialmente las personas que ejercen profesiones que implican la asistencia a otros, ya sea en el ámbito sanitario, educativo o en trabajos que requieren ayudar a los demás (Maslach y Pines 1982:10-12).

También se considera que las profesionales con un patrón de personalidad tipo A, experimentan con más frecuencia el *burnout*. Refieren que el patrón tipo A, se caracteriza por un comportamiento agresivo, competitiva, hostil, obsesionada por el tiempo, con necesidad de obtener muchos logros en poco tiempo pero desde un punto de vista poco realista y continuamente competitivas. Estos factores influyen para que la persona sea más proclive a padecer *burnout*, no sólo por la auto exigencia y las prisas, sino también por el grado de implicación personal que las profesionales tienen en su labor (Mazur y Lynch, 1989; Wilson y Cols 1990: 4).

En lo que se refiere a maneras de prevenir y/o de tratar el síndrome, hay también distintas visiones, sin embargo, existe cierto consenso en torno a las estrategias y técnicas de intervención, las cuales se dividen en: identificación, prevalencia y los efectos en los diferentes niveles de intervención. En términos de identificación, el primer paso es evaluar si la persona padece o no el síndrome. Dicha evaluación se ha llevado a cabo con diferentes instrumentos que han sido ampliamente utilizados en el ámbito sanitario, docente y demás profesiones de ayuda o atención a las personas, sin embargo, el instrumento de evaluación clásico y

más conocido en la actualidad es el “Maslach *Burnout Inventory (MBI)*”, el cual consiste de tres escalas que miden la frecuencia con que las personas profesionales que trabajan en distintos ámbitos perciben la disminución o el aumento de sentimientos de realización personal en el trabajo, agotamiento físico, agotamiento emocional y despersonalización (Maslach y Jackson 1986: 12).

Gil-Monte *et al.* (1996) y Greenglass *et al.* (1998: 1.6) en los estudios de género encontraron que las mujeres que trabajan fuera de casa y que además siguen asumiendo las mismas responsabilidades en el hogar, experimentan una mayor sobrecarga de trabajo en comparación con los hombres que trabajan, lo cual favorece la vulnerabilidad de padecer “*burnout*”.

Según el informe del Programa de las Naciones Unidas, en Guatemala, la participación femenina en el mercado laboral ha aumentado de 26% en 1989 a 37% en el 2009. Las principales ramas de la economía en las que participan las mujeres son el comercio y los servicios, tanto en el área urbana como en área rural, ya que la mayor parte de ellas no puede acceder a mejores oportunidades de empleo por el alto nivel de analfabetismo existente y por la falta de oportunidades producto de la discriminación en que viven. Además, la pobreza económica las obliga a buscar alternativas de sobrevivencia, aunque éstas muchas veces no responden a sus necesidades y aspiraciones, (PNUD 2004: 1-6)

En referencia a este informe, en el caso de las mujeres que viven en pobreza económica, el 13.7% se ocupa en la rama de servicios comerciales, sociales y personales, principalmente del servicio doméstico. Las mujeres, en general, y las mujeres indígenas, en particular, que logran incorporarse al mercado de trabajo, se enfrentan con una serie de dificultades en el espacio doméstico por todo lo que significa tener que cumplir con diversos roles de la sociedad, como el rol de madre. El incremento de la participación femenina en el trabajo remunerado podría deberse a la crisis del modelo económico, al crecimiento de hogares encabezados por mujeres, el aumento de la migración de mujeres del campo a la ciudad, la urbanización creciente, la expansión y diversificación del sector de servicios a la amplia reestructuración de la planta industrial, la reducción de la fecundidad, el incremento en los niveles educativos, a los cambios y modificaciones en la vida cotidiana y familiar, entre otras. (PNUD 2004: 6-8)

Tomando en cuenta la baja remuneración, las largas jornadas de trabajo a las que muchas mujeres son sometidas, y la discriminación de la mujer en general que se da en nuestro país, se infiere que el grado de probabilidad de que las mujeres en nuestro país, padezcan el síndrome ha ido en aumento paralelamente desde 1989. Haciéndose indispensables los estudios que conlleven a diferentes maneras de prevención y manejo de dicho padecimiento. Todo esto es fundamental para mejorar la calidad de vida de las mujeres profesionales en nuestro país (PNUD 2004: 9-24).

II. MARCO TEÓRICO

A. El Síndrome de Burnout

En este síndrome, como se mencionó anteriormente, Freudenberg (1974: 3), fue el primero en utilizar el término “*burnout*” para describir un conjunto de síntomas observado en personas sometidas a estrés laboral. Expone que este síndrome lleva a la persona a tener fallos involuntarios y a sentirse desgastada y exhausta debido a las demandas excesivas de energía, fuerzas o recursos en el trabajo. El mismo autor, refiere que esto puede sucederle a cualquier miembro de una organización quien, luego de varios intentos de recuperarse, se puede volver inoperante, y sufrir cambios en su personalidad hasta llegar, incluso, a inhibirse completamente, presentar una ausencia de energía y anhedonia. Barona, G. Eloísa (1998: 4), en un estudio llevado a cabo por la Universidad de Extremadura, en España se tradujo el término “*burnout*” como “estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo”.

Gil, Monte y Peiró (1997: 8), también coinciden en que no existe una definición unánimemente aceptada del síndrome, pero sí un consenso al decir que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización. Estos autores afirman que el síndrome del quemado o “*burnout*” puede estudiarse desde dos perspectivas: la perspectiva clínica y la perspectiva psicosocial. La perspectiva clínica asume el “*burnout*” como un estado al que llega la persona como consecuencia del estrés laboral, mientras que la perspectiva psicosocial la define como un proceso con una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales y del entorno laboral.

Maslach y Jackson (1986:11), desde una perspectiva psicosocial, consideran el “*burnout*” como una respuesta principalmente emocional, situando los factores laborales y organizacionales como condición y antecedente. Refieren que el “*burnout*” es un síndrome tridimensional que se desarrolla en personas cuya profesión está dirigida a los servicios humanos, por ejemplo Médicos, Psicólogos, Psiquiatras, Docentes, personal de Enfermería, etc. o sea, profesiones que implican un trato directo con las personas. También añaden tres dimensiones características, o la clásica “triada”: 1) Agotamiento emocional, 2) Despersonalización, 3) Bajo logro o realización profesional o personal. En sus investigaciones encontraron que las personas presentaban sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencia de expectativas y horizontes en el trabajo e insatisfacción general. Todo esto llevaba a que las personas presentaran un mayor índice de impuntualidad, ausentismo e incluso el abandono de la profesión, siendo éstos, síntomas habituales y típicos de esta alteración en el trabajo. La perspectiva

psicosocial afirma que es necesario entender el “*burnout*” como un proceso que se desarrolla secuencialmente en lo que se refiere a la aparición de sus síntomas.

Maslach y Pines (1982: 5), describen que los síntomas se pueden agrupar en cuatro áreas de sintomatología: a) Psicósomáticas, dentro de las que se incluyen alteraciones cardiovasculares, hipertensión, enfermedad coronaria, fatiga crónica, cefaleas y migraña, alteraciones gastrointestinales, dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal, dolores musculares, alteraciones respiratorias, asma, alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, urticaria, alteraciones menstruales y disfunciones sexuales, entre otros; b) Conductuales, dentro de las que se pueden encontrar alteraciones de la conducta alimenticia, abuso de drogas, fármacos y alcohol, ausentismo laboral, conductas de elevado riesgo, tabaquismo e incapacidad de relajarse; c) Emocionales, en las que se presentan el distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas que atiende, impaciencia, deseos de abandonar el trabajo, irritabilidad, dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, depresión, baja autoestima, falta de motivación y sentimientos de frustración profesional, los cuales se refieren a los mecanismos que utiliza el profesional, como la negación de las emociones, la ironía, la atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras acciones o situaciones, la atención parcial hacia lo que le resulta menos desagradable, el desarrollo excesivo de hobbies (que llenan la mente de la persona, incluso en horas de trabajo), la dedicación creciente al estudio para liberarse de la rutina con disminución de la atención a los casos "poco interesantes", o el pseudo-ausentismo laboral con el desarrollo de actividades cuyo objetivo es limitar el número de horas reales en el centro de trabajo (formación continua). Todo esto lo lleva a cabo la persona como medio para aceptar sus emociones.

B. Síntomas clínicos y factores que influyen en la conducta de la persona que padece burnout

Maslach C y Pines, A (1982: 8), refieren que los factores que influyen en las personas que desarrollan “*burnout*” son los siguientes: a) Factores personales, como la personalidad, eventos vitales, edad y años de ejercicios profesionales, género, familia y apoyo social; b) Factores laborales, como las profesiones de las personas que trabajan en la atención de otras personas, condiciones laborales deficientes en cuanto a medio físico, entorno humano, organización laboral, sueldos bajos y sobrecarga de trabajo; y c) Factores sociales, dentro de los cuales se puede mencionar el número de hijos, el estado civil de la persona y su edad. Estas autoras proponen un cuadro evolutivo del síndrome clasificado en cuatro niveles de alteraciones que se describen a continuación:

1. Alteraciones conductuales: Falta de ganas de ir a trabajar.
2. Problemas psicósomáticos: Dolor de espalda y cuello.

3. Alteraciones sociales: Alteración de las relaciones interpersonales.
4. Alteraciones cognitivas: Comienza una sensación de persecución (todos están en contra mía) y se incrementa el ausentismo en el trabajo.

Asimismo, refieren que las personas pueden presentar una disminución notable de la capacidad laboral, enfermedades psicosomáticas como alergias, soriasis, hipertensión, entre otras. En la última etapa comienza la automedicación, que al inicio tiene efecto placebo, pero luego requiere de mayores dosis. Puede haber, también, alcoholismo, drogadicción, intentos de suicidio, enfermedades graves como el cáncer, accidentes cardiovasculares y cerebro vasculares, que ponen en riesgo la vida de la persona. En cualquiera de los niveles anteriores las emociones predominantes son la tensión, ansiedad, miedo, depresión, hostilidad abierta o encubierta. Esto, al final, afecta la calidad de las tareas, la calidad del trabajo institucional, y la persona sufre de agotamiento y enfermedades.

C. Factores de riesgo

Según Cano, Vindel (2002: 10-15), las causas del “*burnout*” pueden ser divididas según los factores de riesgo en diferentes áreas:

Factores de riesgo a nivel organizacional:

- Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida.
- Falta de apoyo instrumental por parte de la organización.
- Exceso de “Burocracia profesionalizada”
- Falta de participación de los trabajadores.
- Falta de coordinación entre las unidades.
- Falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías.
- Falta de refuerzo o recompensa.
- Falta de desarrollo profesional.
- Relaciones conflictivas en la organización.
- Estilo de dirección inadecuado.
- Desigualdad percibida en la gestión de los RRHH.

Factores de riesgo relacionados con el diseño del puesto de trabajo:

- Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales en la interacción con el cliente.
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía.

- Falta de tiempo para atención del usuario (paciente, cliente, subordinado, etc).
- Disfunciones de rol: Conflicto, ambigüedad, sobrecarga de rol.
- Carga emocional excesiva.
- Falta de control de los resultados de la tarea.
- Falta de apoyo social.
- Tareas inacabadas que no tienen fin.
- Poca autonomía en sus decisiones.
- Estresores económicos.
- Insatisfacción en el trabajo.

Factores de riesgo en las relaciones interpersonales:

- Trato con usuarios difíciles o problemáticos.
- Relaciones conflictivas con clientes.
- Dinámica de trabajo negativa.
- Relaciones tensas, competitivas.
- Conflictos entre compañeros.
- Falta de apoyo social.
- Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias.
- Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales.

Características personales:

- Alta motivación para la ayuda: grado de altruismo.
- Alto grado de idealismo.
- Alto grado de empatía.
- Elevado grado de perfeccionismo.
- Constancia en la acción.
- Baja autoestima.
- Reducidas habilidades sociales.
- Tendencia a la sobre implicación emocional.
- Patrón de conducta tipo A.
- Locus de control externo.
- Baja auto eficacia

Cambios supra organizativos:

- Cambios tecnológicos que implican un aumento de las demandas cuantitativas y cualitativas en el servicio a la población usuaria.
- Cambios en la concepción del trabajo.
- Situaciones que implican pérdida de estatus o prestigio.
- Nuevas leyes que implican cambios y ejercicio de la profesión.
- Cambios en la cultura de la población usuaria.
- Cambios en los procedimientos, tareas o funciones del trabajo.
- Cambios en los perfiles demográficos de la población usuaria que requieren cambios de roles.

D. Estrés

Las personas nos vemos afectadas diariamente por diferentes estímulos externos o estresores que modifican nuestro estado de equilibrio natural y que nos llevan a la toma de decisiones en un intento por adaptarnos a la situación de cambio que experimentamos; dentro de los estresores más comunes podemos mencionar los siguientes: el tráfico, los plazos laborales, los compromisos, la enfermedad propia o la de un ser querido, las discusiones de pareja, los objetivos no cumplidos, las frustraciones y los miedos, etc.

McEwen, refirió que el estímulo externo (ESTRESOR) es interpretado de forma inconsciente y automática por el cerebro racional, quien le asigna un determinado significado de acuerdo a un modelo mental o estructura de pensamiento preestablecida por el individuo, si la interpretación a la cual se llega es preocupante, se dispara a su vez una respuesta emocional del cerebro que origina la aparición de la (ANSIEDAD), con la aparición de la ansiedad se produce la liberación de hormonas en sangre definiendo de esta forma una respuesta fisiológica (ESTRÉS), que nos carga de energía interna en un esfuerzo por movilizarnos hacia la acción (DECISIONES).

Este mismo autor enfatiza que los problemas aparecen cuando la ansiedad se sostiene en el tiempo (ansiedad crónica), cuando el mecanismo de adaptación al cambio no se interrumpe en ningún momento, y esto puede ser producto de la gran cantidad de estresores presentes en nuestro entorno diario e interpretaciones inconscientes distorsionadas de ellos (McEwen, Bruce 1993: 15). Selye, Hans (1936: 1-6), descubrió que en las pacientes que trataba, se presentaban ciertos cambios biológicos independientes del tipo de enfermedad que sufrieran, esto lo llevó a observar y a partir de los resultados fue desarrollando una definición de estrés basada en la respuesta que dan las personas durante las situaciones estresantes. Por el desarrollo sistemático que realizó desde entonces, Selye es considerado como el “padre del concepto moderno de estrés”, pues marcó un hito en el desarrollo de ésta noción. Refiere que el desencadenante del estrés es

siempre un elemento que atenta contra la homeostasis y lo define como la respuesta no específica del organismo ante cualquier situación o demanda, que provoca un efecto mental o somático. Inicialmente Selye, consideró que la respuesta del estrés era un mecanismo inherente a la situación, donde cada vez que se diera una demanda al organismo, se produciría una respuesta defensiva con el fin de proteger y propiciar la adaptación. Él no encontraba diferencias en las respuestas que se daban frente a estímulos agradables o desagradables. Consideraba que esta respuesta de estrés era estereotipada e implicaba la activación del eje del hipotálamo, suprarrenales y del sistema nervioso autónomo. Éste proceso recibió el nombre de síndrome general de adaptación (SGA) y fue descrito como un proceso de tres etapas diferenciadas que se describen a continuación:

1. Alarma: Se presenta en toda persona cuando el organismo percibe un agente que identifica como nocivo. En esta etapa se da una respuesta inicial de adaptación presentando diferentes síntomas y movilizándolo defensas para responder a la posible amenaza.

2. Resistencia: La fase anterior no se mantiene por mucho tiempo, y da lugar a la resistencia, en la cual el organismo busca adaptarse al agente nocivo o estresor y desaparecen los síntomas iniciales.

3. Agotamiento: Si el estresor continúa de forma crónica, el organismo llega al agotamiento y reaparecen los síntomas, produciendo una ruptura de los procesos de recuperación, siendo posible que en algunos casos, el proceso culmine con la muerte.

Conforme fue evolucionando su teoría, Selye, distinguió entre estrés positivo y estrés negativo, y llamó “eustrés” al estrés asociado a sentimientos positivos y procesos fisiológicos de protección. Denominó “distrés”, al estrés relacionado con sentimientos negativos y funciones destructivas para el organismo. Este mismo autor, afirmó que los estresores pueden ser de origen físico y psicológico, como el temor, la alegría, el odio etc. Selye, consideró el factor psicológico como el más frecuente activador de respuestas ante situaciones estresantes, pero no lo consideró el único. Por lo que realizó estudios comparativos de respuestas en situaciones universalmente estresantes y encontró que no todas las personas se estresan, contrariamente algunas se fortalecen; esto dio origen a una propuesta desde la Psicología positiva sobre el “fortalecimiento del yo” como fundamento terapéutico. Selye, fue criticado por considerar la respuesta automática y afirmar que la persona se encuentra bajo estrés sólo cuando se presenta la fase de adaptación general, lo cual minimiza el aspecto psicológico. Pero a pesar de las críticas, sus trabajos abrieron un nuevo e importante campo de investigación en la medicina y aportaron argumentos para postular que un estímulo psicológico puede provocar una respuesta fisiológica, posibilitando un marco teórico para las investigaciones sobre el estrés en las ciencias de la salud.

Selye, Hans (2009: 20), refiere que el estrés es parte inherente del ser humano; cuando se presenta en un nivel adecuado permite a quien lo esté manejando, realizar sus tareas de forma efectiva. El estrés puede

beneficiar a la persona o puede afectarle tanto a nivel físico como psicológico, todo depende de la capacidad de afrontamiento, del nivel de estresor que se presente y del tiempo de duración que tenga. Es importante destacar que el estrés es acumulativo y en la medida en que no logramos identificar el o los motivos que le dieron origen, nuestra capacidad de adaptación va en disminución y sus efectos pueden ser muy dañinos para la salud, ya que existe una relación directa entre estrés y la enfermedad.

McEwen, B (2002: 9), especialista en neuroendocrinología, propone la formulación del estrés como “carga alostática”, que significa “mantener la estabilidad a través del cambio”. Este investigador planteó que el desgaste del estrés es parte de la naturaleza humana, y que a corto plazo tiene una función protectora que nos habilita para luchar frente a las amenazas, dificultades y obstáculos. Refiere que el problema se da cuando los estresores son crónicos y dificultan la recuperación del organismo. Para este autor, la carga alostática, se refiere al desgaste que se experimenta durante repetidos ciclos de estrés, los cuales no permiten la conexión y desconexión de las respuestas necesarias, causando efectos dañinos al suprimir el factor protector del sistema inmunológico en el organismo contra las enfermedades.

Wolff, G (1950: 29), aportó otro elemento importante al enfocar el estrés como un proceso dinámico en el cual el organismo interactúa con el estímulo, implicando una adaptación a las demandas que se dan y ofreciendo la ventaja de desarrollar una definición más integral y completa que las propuestas anteriormente. Posteriormente, desarrolló teorías sobre el estrés basadas en la interacción, como el principal representante de esta perspectiva, también desarrolló el aspecto cognitivo y las evaluaciones adaptativas o desadaptativas que se pueden hacer sobre la realidad. Desde esta visión, el estrés se originaría a partir de las relaciones particulares entre la persona y su entorno, por lo que se acentúan los factores psicológicos que median entre los estímulos (estresores) y las respuestas al estrés (Lazarus, R 1980: 1-8). En la actualidad una de las más reconocidas definiciones de “estrés” es la propuesta por Lazarus, quien la define como una relación entre la persona y el ambiente, el cual es cognitivamente evaluado como significativo y que excede a sus recursos para el control. Inicialmente, planteó el concepto de evaluación centrándose básicamente en el estrés psicológico, donde podía distinguir tres estados (amenaza -daño-pérdida y desafío). Este autor, enriqueció su teoría desarrollando la noción de evaluación en relación a la emoción, permitiendo discriminar la variedad de emociones individuales que se presentan en una situación y que también afectan el proceso subjetivamente evaluativo o interpretativo. Con la investigación de Lazarus, de los usuales patrones que propician el estrés, se confirma que el subjetivismo y la distorsión de la evaluación de las situaciones son elementos que requieren de corrección para un adecuado y adaptativo afrontamiento del estrés. Refiere que esto resulta sumamente valioso para reafirmar la importancia de la interpretación que hace la persona de los hechos y la necesidad de educar en criterios y patrones cognitivos que conduzcan a una aproximación lógica, realista y objetiva a la realidad. Lazarus, también propuso que el problema del estrés, abarca elementos físicos y psicológicos y afecta la dimensión espiritual de la persona, presentando como característica principal la percepción subjetiva de la propia falta de capacidad para responder al desafío que se le presenta. Indica, que, es claro que a nivel físico genera una serie de síntomas propios del desgaste y puede suscitar la aparición de cualquier

vulnerabilidad genética en la persona como un cuadro temprano de diabetes, hipertensión, asma, migrañas, artritis, obesidad y conductas compensatorias como consumo de cafeína, chocolate, cigarro y alcohol entre otros. En el área psicológica, además de la ansiedad mencionada, propicia cuadros de pánico y puede colaborar para detonar cualquier cuadro psiquiátrico que ya exista en la persona por predisposición genética.

Asimismo, en el área espiritual puede tener una influencia negativa al contribuir a la desesperanza y volver más difícil el propio combate espiritual contra los vicios o el cultivo de una vida interior dañina. Definitivamente nada determina absolutamente al ser humano, pero como unidad que somos, es necesario considerar cómo resultan afectadas las personas por los diversos factores. Lazarus, indica que es importante considerar también que no toda persona agotada o con un ritmo de tensión intenso está estresada, y al mismo tiempo, no toda situación de estrés es negativa. La vida misma implica un dinamismo de conquista, de combate y de logro de metas según los propios ideales, y en esta línea, la vivencia de experiencias estresantes e intensas, si son de corto plazo y adecuadamente afrontadas, fortalece y prepara a la persona para nuevas luchas.

El aporte de Lazarus, sobre los estresores crónicos y el efecto negativo en la salud, nos ayuda a evitar situaciones de negligencia propia, ya sea el dejar de consentir hábitos de pensamientos distorsionados, estilos de vida caóticos o incluso metas que con un criterio exclusivo de “productividad”, conlleven un estilo de vida deshumanizante. El fin es servir a la persona en todo su ser integral y en ese sentido, fortalecerla y prepararla mejor para enfrentar la vida de forma sana.

E. Autoestima

Branden, Nathaniel (2009: 45-54), definió la autoestima, como la predisposición a experimentarse competente para afrontar los desafíos de la vida y merecedoras de la felicidad. La importancia de la autoestima es el modo en que nos sentimos con respecto a nosotras mismas, ya que esto afecta profundamente en forma decisiva todos los aspectos de nuestra experiencia desde la manera en que funcionamos en el trabajo, el amor o el sexo, hasta nuestro proceder como madres y las posibilidades que tenemos de progresar en la vida. Nuestras respuestas ante los acontecimientos dependen de quién y qué pensamos que somos, es por eso que los dramas de nuestra vida son los reflejos de la visión íntima que poseemos de nosotras mismas. Por lo tanto, la autoestima es la clave del éxito o del fracaso, es la clave para comprendernos y comprender a los demás; porque debemos recordar que todo inicia dentro de nosotras mismas, luego esto lo proyectamos a los demás través de nuestras percepciones, interpretaciones y actitudes; esto demuestra que la autoestima positiva es indispensable para vivir una vida plena.

Branden, indica que aparte de los problemas de origen biológico no conoce una sola dificultad psicológica -desde la angustia y la depresión, el miedo a la intimidad o al éxito, el abuso del alcohol o de otras drogas, el bajo rendimiento en el estudio o en el trabajo, hasta los malos tratos a las mujeres o a la violación de menores, las disfunciones sexuales o la inmadurez emocional, pasando por el suicidio o los crímenes violentos que no sean atribuibles a una autoestima deficiente.

Branden, Nathaniel (2009: 56), refiere que de todos los juicios a que nos sometemos, ninguno es tan importante como el nuestro propio. Para Branden, la autoestima tiene dos componentes: un sentimiento de capacidad personal y un sentimiento de valía personal. En otras palabras, la autoestima es la suma de la confianza y el respeto por nosotras mismas. Refleja el juicio implícito que cada una hace de su habilidad para enfrentar los desafíos de la vida, comprender y superar los problemas, y su derecho a ser feliz. Respetar y defender sus intereses y necesidades.

Según Branden los niveles de autoestima pueden ser:

- *Nivel alto de autoestima:* Tener un nivel alto de autoestima es sentirse confiadamente apta para la vida, capaz y valiosa.
- *Los niveles de bajos de autoestima:* Tener un nivel bajo de autoestima, es sentirse inútil para la vida, equivocada no con respecto a tal o cual asunto, sino equivocada como persona. Tener un nivel medio de autoestima es fluctuar entre sentirse apta e inútil, acertada y equivocada como persona, y manifestar estas incoherencias en la conducta actuando a veces con sensatez, otras torpemente reforzando, así, la inseguridad.

Para Branden, Nathaniel (2009: 70-83), el desarrollo de la confianza y el respeto saludable como personas humanas que somos es: La capacidad de desarrollar confianza y respeto es inherente a nuestra naturaleza, ya que la capacidad de pensar es la fuente básica de nuestra idoneidad, y el hecho de que estemos vivas es la fuente básica de nuestro derecho a esforzarnos por conseguir la felicidad. Idealmente, todas deberíamos disfrutar de un alto nivel de autoestima, experimentando tanto una fe intelectual en sí mismas como una fuerte sensación de que merecemos ser felices. Sin embargo, hay mucha gente a la que esto no le ocurre. Numerosas personas padecen sentimientos de inutilidad, inseguridad, dudas sobre sí misma, culpa y miedo a participar plenamente en la vida, una vaga sensación de que "lo que soy no es suficiente". Estos sentimientos no se reconocen y admiten con facilidad, pero ahí están. En el proceso del desarrollo, y en el proceso de la vida en sí, nos resulta sumamente fácil apartarnos de un concepto positivo sobre nosotras mismas o no llegar a formarlo nunca. Tal vez no podamos jamás estar satisfechas a causa de la aportación negativa de los demás, o porque hemos fallado a nuestra propia honestidad, integridad, responsabilidad y autoafirmación, o porque hemos juzgado nuestras acciones con una comprensión y una compasión inadecuadas.

Branden, también considera que la autoestima es siempre una cuestión de grado, ya que nadie carece por completo de autoestima positiva, ni tampoco es totalmente incapaz de desarrollarla. Desarrollar el nivel adecuado de autoestima es tener la convicción de que somos competentes para vivir y merecemos la felicidad, por lo tanto enfrentar a la vida con mayor confianza, benevolencia y optimismo, lo cual nos permite alcanzar nuestras metas y experimentarlas a plenitud. Desarrollar la autoestima es ampliar nuestra capacidad de ser felices. Al comprender esto, podemos apreciar la importancia que tiene para todas, el cultivar la autoestima. No necesitamos llegar a odiarnos para poder aprender a querernos, no es necesario sentirnos inferiores para desear tenernos más confianza en nosotras mismas. No hemos de sentirnos infelices para desear ampliar nuestra capacidad de alegría. Cuando las personas tienen un nivel alto de autoestima, están mejor preparadas para afrontar las adversidades, son más flexibles, más resistentes a las presiones que nos hacen sucumbir, a la desesperación o a la derrota. Cuanto más alto es el nivel de autoestima, la persona tiene más posibilidades de ser creativa en su trabajo, lo que significa que también tendrá más posibilidades de lograr el éxito, de plantearse sus metas y ambicionar mejoras en su vida, no necesariamente en un sentido económico, sino en términos de lo que espera experimentar en su vida en el plano emocional, creativo y espiritual.

Los niveles altos de autoestima, permite mayores posibilidades de entablar relaciones enriquecedoras y no destructivas, ya que lo semejante se atrae entre sí, la salud llama a la salud, la vitalidad y generosidad de ánimo son más apetecibles que el vacío afectivo y la tendencia de aprovecharse de los demás. Cuando más alto es el nivel de nuestra autoestima, más inclinadas estaremos a tratarnos con respeto, benevolencia y buena voluntad, ya que no percibiremos a las demás como amenaza, no nos sentiremos extrañas y asustadas en un mundo que nunca hicimos, porque el respeto por uno mismo es la base del respeto por los demás. Así que, cuanto más alta sea nuestra autoestima, más alegría experimentaremos por el solo hecho de ser, al despertarnos por la mañana y vivir dentro de nuestros cuerpos. Éstas son las recompensas de la confianza y el respeto por nosotras mismas. Está claro que si deseamos ampliar nuestras posibilidades positivas y por lo tanto transformar la calidad de nuestra existencia, debemos empezar por desarrollar nuestra autoestima. La autoestima, en cualquier nivel, es una experiencia íntima que reside en el núcleo de nuestro ser. Es lo que yo pienso y siento sobre mí, no lo que las/os demás piensen o sienten sobre mí como persona.

Según Branden, Nathaniel (2009: 80), en nuestra niñez las personas adultas pueden alimentar o minar la confianza y el respeto por nosotras mismas, según se nos respete, nos amen, valoren y nos alienten a tener fe en nosotras mismas o no lo hagan. Pero aún en nuestros primeros años de vida, nuestras propias elecciones y decisiones desempeñan un papel crucial en el nivel de autoestima que a la larga desarrollemos. Debemos dejar de ser receptivas pasivas, de las opiniones que las demás tengan de nosotras mismas. Ya que de todos modos, cualquiera que haya sido nuestra educación, como adultas la responsabilidad está en nuestras manos. Nadie puede respirar por nosotras, ni pensar y mucho menos imponernos la fe y el amor por nosotras mismas. Puedo ser amada por mi familia, mi pareja y amistades, sin embargo no amarme a mí misma. Puedo ser admirada por quienes me rodean y considerar no obstante que carezco de valores. Puedo proyectar una imagen de seguridad y aplomo que engañe a todo el mundo, y temblar secretamente porque me siento inútil;

puedo satisfacer las expectativas de los demás y no las mías; puedo obtener altos honores y sin embargo sentir que no he logrado nada; puedo ser adorada por millones de personas pero despertar cada mañana con una deprimente sensación de fraude y vacío. Para Branden, alcanzar el "éxito" sin alcanzar una autoestima positiva es estar condenada a sentirse como una impostora que espera con angustia que la descubran. Así como el aplauso de los otros no genera nuestra autoestima, tampoco lo hacen el conocimiento, ni la destreza, ni las posesiones materiales, ni el matrimonio, ni la maternidad o paternidad, ni las obras de beneficencia, ni las conquistas amorosas, ni las cirugías estéticas. A veces estas cosas pueden hacernos sentir mejor con respecto a nosotros mismos por un tiempo, o más cómodas en determinadas situaciones; pero comodidad no es autoestima. Para Branden, lo trágico es que la mayoría de las personas buscan auto confianza y auto respeto en todas partes menos dentro de sí mismas, y por ello fracasan en su búsqueda. Veremos que la autoestima positiva se comprende mejor como una parte del logro espiritual, es decir, como una victoria en la evolución de la conciencia. Cuando comenzamos a concebirla como un estado de conciencia, descubrimos la necesidad de creer que sólo con lograr que los demás se formen una impresión positiva de nosotras no es suficiente, entonces dejamos de decirnos: "Si pudiera" lograr, o si pudiera tener, si pudiera ser, si pudiera...entonces me sentiría realmente en paz conmigo misma. Darnos cuenta de que la búsqueda es irracional, nos lleva a reconocer que ese anhelo por "algo más" existirá siempre.

Branden, Nathaniel (2009:84) refiere que la autoestima es el juicio de mi propia capacidad y valía, es una conciencia autoafirmadora, una mente que confía en si misma y que nadie puede generar esta experiencia, salvo uno mismo. Cuando apreciamos la verdadera naturaleza de la autoestima, vemos que no es competitiva ni comparativa. La verdadera autoestima no se expresa por la auto glorificación a expensas de los demás, o por el afán de ser superior a los otros o de rebajarlos para elevarse uno mismo. La arrogancia, la jactancia y la sobrevaloración de nuestras capacidades reflejan más bien una autoestima equivocada y no, como imaginan algunos, un exceso de autoestima. El estado de una persona que no está en guerra ni consigo misma ni con los demás, es una de las características más significativas de una autoestima sana. Para Branden, la importancia de una autoestima sana reside en el hecho de que es la base de nuestra capacidad para responder de manera activa y positiva a las oportunidades que se nos presentan en el trabajo, en el amor y en la diversión. Es también la base de esa serenidad de espíritu que hace posible disfrutar de la vida.

Marcuello, Antonio (2008: 1-18), añade que las creencias que tenemos acerca de nosotras mismas, aquellas cualidades, capacidades, modos de sentir o de pensar que nos atribuimos, conforman nuestra "imagen personal" o "autoimagen". El autor, refiere que las personas somos seres únicos, irrepetibles y complejos, indica que, como existen tantos matices a tener en cuenta es importante no hacer generalizaciones a partir de uno o dos aspectos y cita por Ejemplo: Que podemos ser muy extrovertidas con las amigas y ser introvertidas en casa. Ser una mala jugadora de tenis no indica que seamos un desastre en todos los deportes. Que no nos salga bien un examen no significa que no sirvamos para los estudios.

Marcuello Antonio, refiere que el concepto de una persona se va desarrollando poco a poco a lo largo de su vida, cada etapa nos aporta en mayor o menor grado, experiencias y sentimientos, que darán como resultado una sensación general de valía e incapacidad. En la infancia descubrimos que somos niñas o niños, que tenemos manos, piernas, cabeza y otras partes de nuestro cuerpo. También descubrimos que somos personas distintas, y que podemos ser aceptadas o rechazadas, es a partir de esas experiencias tempranas de aceptación y rechazo, cuando comenzamos a generar una idea sobre lo que valemos y por lo que valemos o dejamos de valer. La niña que ha tenido sobrepeso desde pequeña puede ser de mayor una adulta feliz o infeliz, la dicha final tiene mucho que ver con la actitud que demostraron los demás hacia su exceso de peso en la infancia. Este mismo autor, refiere que la adolescencia es una de las fases más críticas en el desarrollo de la autoestima, ya que es cuando la persona necesita forjarse una identidad firme y conocer a fondo sus posibilidades. También precisa del apoyo social por parte de otros cuyos valores coincidan con los propios, así como sentirse valiosa para avanzar con confianza hacia el futuro. Es la etapa en la cual la pasamos de la dependencia de la familia a la independencia, y aprendemos a confiar en nuestros propios recursos. Si durante la infancia se ha desarrollado una fuerte autoestima, será relativamente fácil superar la crisis y alcanzar la madurez. Si se siente poco valiosa corre el peligro de buscar la seguridad que le falta por caminos aparentemente fáciles y gratificantes, pero a la larga destructivos como podría ser la drogadicción. Para Marcuello Antonio, la baja autoestima está relacionada con una distorsión del pensamiento o forma inadecuada de pensar. Las personas con baja autoestima tienen una visión muy distorsionada de lo que son realmente; al mismo tiempo, estas personas mantienen unas exigencias extraordinariamente perfeccionistas sobre lo que deberían ser o lograr, mantienen un diálogo consigo mismas que incluyen pensamientos como:

- *Sobre generalización:* A partir de un hecho aislado se crea una regla general, para cualquier situación y momento: He fracasado una vez (en algo concreto) ¡Siempre fracasaré! (se interioriza como que fracasaré en todo).
- *Designación global:* Utiliza términos peyorativos para describirse a sí mismas, en vez de describir el error concretando el momento temporal en que sucedió: ¡Qué torpe soy!
- *Pensamiento polarizado:* Pensamiento de todo o nada. Se llevan las cosas a sus extremos. Se tienen categorías absolutas. Es blanco o negro. Estás conmigo o contra mí. Lo hago bien o mal.
- *Autoacusación:* Es cuando la persona se encuentra culpable de todo. Yo tengo la culpa. ¡Tendría que haberme dado cuenta!
- *Personalización:* Supone que todo tiene que ver con nosotras y se compara negativamente con todos los demás.
- *Lectura del pensamiento:* Supone que no le interesa a los demás, que no es agradable, cree que piensan mal de ella sin tener una evidencia real. Son suposiciones que se fundamentan en cosas pasadas no comprobables.
- *Falacias de control:* Sentimientos de tener una responsabilidad total con todo y con todos, o bien siente que no tiene control sobre nada, que se es una víctima desamparada.

- *Razonamiento emocional*: Si lo siento así es verdad. Nos sentimos solas y creemos que este sentimiento refleja la realidad, sin comparar con otros momentos y experiencias. Se siente inútil de verdad.

La autoestima es un proceso que no es estático sino cambiante, esto varía durante el transcurso de las experiencias de vida y depende de los acontecimientos vividos y de cómo se han afrontado y superado. El mismo autor nos refiere algunos planteamientos para lograr un cambio positivo que permiten mejorar la autoestima y se describen a continuación (Marcuello, Antonio 2008: 1-18):

- *Convierte lo negativo en positivo*: Nunca pierdas las ganas de pensar en positivo, invierte todo lo que parezca mal o que no tiene solución.
- *Pensamientos negativos*: No digas, no puedo hacer nada, no espero demasiado; no soy suficientemente buena.
- *Pensamientos alternativos*: Tengo cosas importantes que decir; tengo éxito cuando me lo propongo; haré realidad mis sueños; soy buena.
- *No generalizar*: No generalizar a partir de las experiencias negativas que podamos tener en nuestra vida, aceptar nuestros fallos, y que podemos mejorar.
- *Centrarnos en lo positivo*: Acostumbrarnos a observar las características buenas que tenemos. Todas tenemos algo bueno que debemos apreciar y valorar. Hacernos conscientes de los logros o éxitos que tuvimos en el pasado e intentar esforzarnos por lograr tener nuevos éxitos en el futuro.
- *No compararnos*: Todas las personas somos diferentes, todas tenemos cualidades y defectos.
- *Confianza*: Confiar en nosotras mismas, actuar de acuerdo a lo que pensamos y sentimos sin preocuparnos por la aprobación de las demás personas.
- *Autoaceptación*: Aceptarnos a nosotras mismas con nuestras cualidades y defectos.
- *Autoconocimiento*: Esforzarnos para mejorar en aquellos aspectos con lo que no estemos satisfechas. Para esto es importante identificar qué nos gustaría cambiar en nosotras.
- *Metas*: Elaborar proyectos de superación personal.

Una parte esencial de nuestra autoestima viene determinada por el balance entre nuestros éxitos y fracasos. En concreto, lograr lo que deseamos y ver satisfechas nuestras necesidades proporciona emociones positivas e incrementa la autoestima. Se ha apuntado como una forma de mejorar la autoestima el esforzarse para cambiar las cosas que no nos gustan de nosotras mismas.

Marcuello, Antonio (2008: 22), utiliza un método compuesto por cuatro pasos fundamentales que se describen a continuación:

Pasos para conseguir lo que se desea:

1. Plantearse una meta clara y concreta.
2. Establecer las tareas que se deben realizar para lograrla.
3. Organizar las tareas en el orden en que se deberían realizar.
4. Ponerlas en marcha y evaluar los logros que se vayan consiguiendo.

1º paso: Plantearse una meta clara y concreta.

Una “meta” puede ser cualquier cosa que se desee hacer o conseguir. Plantearse una meta de forma clara y concreta ayuda a tener éxito porque nos ayuda a identificar lo que queremos conseguir. Ésta debe ser:

Sincera: Algo que realmente queramos hacer o deseemos alcanzar.

Personal: No algo que venga impuesto por alguien desde fuera.

Realista: Que sepamos que es posible conseguir en un determinado plazo.

Divisible: Que podamos determinar los pasos para conseguirla.

Medible: Que podamos comprobar lo que hemos logrado y lo que nos falta para alcanzarla.

2º paso: Establecer las tareas que se deben realizar para lograrla.

Una vez que hayan concretado la meta que desean alcanzar, piensen en lo que tendrían que hacer para conseguirla. No todo se consigue en un día; para conseguir mejorar en cualquier aspecto que se proponga, debe realizar pequeños esfuerzos.

3º paso: Organizar las tareas en el orden en que hay que realizarlas.

Si se intenta llevar a cabo todas las tareas al mismo tiempo, es muy probable que no se consiga nada. Para lograr lo que se propone es muy interesante ordenar de forma lógica, secuencial y temporal lo que se va a realizar para establecer un plan de trabajo.

4º paso: Ponerlas en marcha y evaluar los logros que se vayan consiguiendo.

Una vez elaborado el proyecto personal, comprométase con el y póngalo en práctica. Para llegar a conseguirlo es importante ir evaluando los esfuerzos realizados. Esto puede ser difícil hacerlo uno mismo, pero es relativamente sencillo si se pide a un familiar o a un amigo que nos ayude a evaluar nuestros progresos.

F. Calidad de vida

El estudio sobre la calidad de vida cobró importancia hace relativamente poco tiempo. Al respecto Carpio, C (2000:3-16), refiere que con frecuencia se ha invocado este concepto para hacer referencia no al qué, sino al cómo de la existencia humana, hasta ahora sigue existiendo un grado importante de confusión sobre que profesionales han de estar involucrados en su estudio, su medición y por supuesto su promoción en las distintas esferas de la actividad del ser humano. Esto se explica porque si bien el afán de poseer una buena calidad de vida forma parte de la naturaleza humana desde tiempos remotos, el concepto de calidad de vida como tal y el interés por estudiarla de una manera sistemática y científica es relativamente reciente, pues se remonta a las décadas de 1950 e inicios de 1960, cuando se comienza a experimentar una creciente preocupación por los efectos de la industrialización en la sociedad; es en 1970 y 1980 cuando surge la noción de concepto integrador que abarca aspectos multidimensionales.

Aunque se debe tener en claro que cuando se incluya el reconocimiento de los diferentes logros que el ser humano como sociedad ha alcanzado en cuanto a confort y comodidad material dentro de los aspectos propios de una buena calidad de vida, debe considerarse igualmente si esos se han obtenido a costa de sacrificar otros elementos tan o más importantes, como tener un adecuado descanso físico y mental, poseer un tiempo solo para fines recreativos y actividades lúdicas, mantener un buen nivel de comunicación al interior de la familiar compartiendo tiempo con las misma y con todos aquellos “componentes que conforman el espíritu y le dan sentido a la vida” (Andrew, Birkin 2008: 19).

Andrew, Birkin (1998: 6), incluye los aspectos ambientales y explica el concepto de calidad de vida en función de los siguientes aspectos: constancia del medio ambiente que nos rodea, la riqueza ambiental, la idea de reparar, mantener y recibir solución rápida ante los incidentes o accidentes que puedan ocurrir, el factor tiempo y la red de interacciones sociales, entre otras, van a conformar de manera conjunta el nivel de calidad de vida que posee la persona. Carpio, C. (2000), en otra definición, nos dice que la calidad de vida “es la resultante funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas socio-culturales y psicológicas de los individuos, estado que define el modo en que estos se ajustan a las situaciones cotidianas, así como los resultados que dicho ajuste tiene sobre el ambiente y sobre el propio organismo”.

Adrew, Birkin (2008: 35) continúa expresando que cuando hablamos de calidad de vida, nos referimos a un constructo que hace referencia tanto a la calidad de las condiciones de vida de una persona, como también a sus expectativas, sentimientos de satisfacción, metas personales, conjunto de valores y comportamiento social. Ante estos factores, afirma que la calidad de vida debe ser analizada en sus diferentes aspectos y dimensiones.

Para Zimmermann, Marcel (1998: 8-15), la calidad de vida para su análisis y comprensión puede ser vista como un fenómeno con tres dimensiones, las cuales a su vez comprenden los diferentes aspectos que han de tenerse en cuenta al estudiarla:

1. Dimensión física: Dentro de esta dimensión se puede empezar por considerar como primer punto el análisis biomédico de la persona, el cual nos dirá si su estado de salud se encuentra o no en condiciones óptimas. Se analizan también las condiciones de vida, las cuales deben ser saludables y aptas para un pleno desarrollo humano. Estos aspectos son muy importantes y forman parte de los lineamientos de políticas en salud, que incluyen la promoción del desarrollo y adopción de estilos de vida saludables. Otro aspecto que Adrew, Birkin (2008:6), considera muy importante es el medio ambiente, por ser un factor muy importante para la preservación de la vida humana, y del cual las personas no suelen percatarse o no le dan la importancia que tiene, ya que las condiciones ambientales en que se viva tienen gran influencia sobre la forma en que las personas se desenvuelvan y actúen como seres humanos. Zimmermann, Marcel (1998: 17), enfoca este aspecto proponiendo lo que él denomina una psicología social ambiental con perspectiva comunitaria, la cual debe dar importancia trascendental a dos aspectos: *primero* formar y capacitar líderes para posteriormente, con el apoyo de éstos, informar a las personas sobre los grandes problemas ambientales de su entorno inmediato; *segundo*, añadir a esta información datos de las mismas problemáticas, pero, de esferas ambientales mayores como pueden ser de la ciudad o la provincia, las que se describen a continuación:

2. Dimensión psicológica: Los orígenes del estudio de la dimensión psicológica de la calidad de vida se remontan retrospectivamente a hace pocas décadas, en las que se empezó a dar dentro de la psicología, un cambio en su relación con la medicina, lo cual provocó que se fuera entrando hacia un área nueva en la cual se preocupa por el estudio de las características psicológicas y conductuales que afectan y alteran la salud de las personas. Así surge, el campo de la psicología de la salud que nos dice, posee un papel importante en la individualización de los factores psicológicos y en la prevención de conflictos graves tanto en la familia como en la sociedad. Dentro de este nuevo campo se da al estudio de la calidad de vida, en cuya dimensión psicológica podemos incluir aspectos tales como la satisfacción vital, las normas morales, los principios éticos que norman nuestra conducta, el modo de relacionarnos con nuestro entorno social y nuestras perspectivas de vida entre otros; los cuales serán indicadores de nuestra calidad de vida psicológica. Zimmermann, Marcel, continúa indicando, que no debemos olvidar que algunos de estos indicadores van a cambiar en función del grupo o clase social o debido a un determinado ambiente (como puede ser urbano o rural), siendo labor nuestra establecer patrones que nos permitan adecuarnos y así obtener el verdadero nivel de calidad de vida de un individuo, familia o comunidad determinada; refiere que dentro de la calidad de vida, la dimensión psicológica de la misma se puede concretar en la práctica individual a manera de habilidades funcionales pertinentes para la promoción de la salud biológica y el bienestar social. Estas competencias serían, todas aquellas que se encuentran asociadas a la perseverancia de la salud biológica, sea mediante la prevención de la enfermedad o a través de prácticas que sean favorables a la curación y la rehabilitación. Por otro lado, cita

que también están aquellas competencias que están relacionadas con la preservación y/o mantenimiento de los ambientes físicos y sociales en los cuales se desenvuelve la persona.

3. Dimensión social: Esta dimensión estaría conformada por el estudio de aspectos no solo de tipo social sino que incluirían los aspectos, culturales y económicos de la persona, examinando datos como su nivel de ingresos, condición laboral, nivel de estudios, estado civil, cantidad y calidad de sus relaciones interpersonales así como el tipo de estas (amistad, personales, laborales, etc.) y otros.

Carpio, C (2000: 4), explica que el estudio de estos factores permitirá determinar el tipo y la cantidad de personas, objetos y situaciones con las que se deben enfrentar dentro de su vida cotidiana, lo cual nos dará datos acerca de la calidad de vida de la misma, debido a que nos permitirá ver el grado de ajustes de la persona ante ellos. Carpio refiere que mediante el análisis de esta dimensión el investigador estudia todos los productos y prácticas colectivas y poblacionales, las cuales se han ido constituyendo históricamente, y están determinadas por la cultura y la legislación.

Para Carpio, C (2000: 8), evaluar la calidad de vida, es poder evaluar la vida de los pacientes, esto se ha convertido en una ayuda vital para el personal del área de la salud, ya que a través de ésta se pueden detectar fallas en la forma de proceder del personal médico que atiende al paciente, así como de la familia; además, se logra determinar si lo que se hace es suficiente o no, y así diseñar cada vez mejores métodos para ayudar al paciente.

Según Birkin, Andrew (2008: 68). los dos aspectos fundamentales en la evaluación de la calidad de vida son: las variables independientes, como las emociones, la familia, el ambiente social y el lugar de residencia, entre otros, que pueden influir en la calidad de vida del paciente, y las variables dependientes, como las dimensiones física, emocional y social. Para este autor, la psicooncología es, por ejemplo, una de las especialidades que más se ha preocupado por evaluar la calidad de vida de sus pacientes, ya que el objetivo último de los equipos multidisciplinarios de cuidados paliativos es proporcionarle bienestar o comodidad a la persona. Y bienestar, es un concepto eminentemente subjetivo a medida que aumenta el interés en la eficacia y la utilidad de la atención con relación a los costos, quizás el cuidado paliativo en particular se vea sometido a un escrutinio minucioso que estimule la medición de la calidad de vida.

G. Prevención del Síndrome de Burnout

En relación a la prevención del síndrome, Wanderley, Codo (2007: 4), señala que el término “burnout”, a pesar de ser un concepto nuevo, tiene la edad de la Psicología, es decir, no es una idea nueva. Su esencia se encontraba ya en trabajos anteriores al de Freudenberg. Wanderley, cita como ejemplo a Iván Pavlov, quien en sus estudios experimentales forzaba a los perros a que distinguieran entre un círculo y una elipse. Los animales asociaban la comida al círculo y el shock eléctrico a la elipsis. Luego, podía hacer la distinción pero, cuando la elipsis se hacía cada vez más circular, la distinción le resultaba difícil. Este, en su agonía por distinguir, desarrollaba lo que se podía llamar una crisis nerviosa, la cual Pavlov denominó como “neurosis experimental”. El sujeto de experimentación, al mostrar su imposibilidad de distinción, entre el círculo y la elipse, vino a ser un modelo para el desarrollo de las neurosis humanas. Basándose en diversas teorías psicológicas de diferentes épocas sobre la etiología de la neurosis, depresión, ansiedad y otras. Wanderly, Codo (2007: 8), refiere que el problema latente es la respuesta a la pregunta: ¿Por qué las personas desisten? El problema sigue preocupando a los profesionales de la Psicología y afines, quienes han tratado de contribuir para que poco a poco se encuentren explicaciones y soluciones para uno de los males que aqueja la salud de los humanos en este siglo.

Rotter, B (2008: 7), llevó a cabo estudios sobre mecanismos de control interno y externo y puntualiza el desarrollar una actitud frente a la vida que nos permita lograr la posibilidad de control sobre el medio (mecanismos de control interno) o el control de la suerte, destino u otros poderes externos (mecanismos de control externos).

También pueden utilizarse técnicas de entrenamiento basadas en la relajación y en el auto-control. En ese sentido, es fundamental la orientación de los nuevos profesionales estableciendo cursos de formación continua para mejorar las relaciones interpersonales y el soporte social entre compañeros y superiores para afrontar el “*burnout*” (Schaufeli, W 2000: 1-20).

Dentro de las estrategias y técnicas de intervención del “*burnout*”, Pynes, A (1982: 2-6) refiere que los pasos a seguir en un proceso de intervención deben ser:

- Identificar el síndrome, su prevalencia y sus efectos en los diferentes niveles de intervención.
- Prevenir, informando y preparando a las personas para el afrontamiento.
- Mediar, al reducir o invertir el proceso que lleva al desarrollo del síndrome.
- Restablecer, al aplicar un tratamiento a las/ os trabajadores con diagnóstico del síndrome.

De igual manera, Ramos, Campos F (1999: 5-7), plantea una serie de estrategias de intervención en personas con diagnóstico de “*Síndrome de Burnout*”:

- Modificar los procesos cognitivos de auto-evaluación de las/os profesionales (entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente las orientadas a la tarea y solución de problemas).
- Desarrollar estrategias cognitivos-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del síndrome (entrenamiento en técnicas de solución de problemas, inoculación de estrés, organización personal).
- Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad, así como fortalecer las redes de apoyo social.
- Disminuir y, si es posible, eliminar los estresores organizacionales.

Según Payne, A (1982:7), para desarrollar y aplicar un programa de prevención del síndrome, primero se debe establecer el nivel en el que se intervendrá. Los niveles en los que se puede intervenir son cuatro: individual, interpersonal, organizacional y lugar de trabajo:

- Nivel individual: Integra el fortalecimiento de la persona para el afrontamiento al estrés laboral.
- Nivel interpersonal: Se relaciona con la formación en habilidades sociales y desarrollo del apoyo social en el contexto laboral.
- Lugar de trabajo, que se refiere a la modificación del entorno laboral inmediato con el fin de reducir o eliminar los estresores.
- Nivel organizacional: Se refiere a la eliminación o disminución de estresores en el trabajo. Éste es el más utilizado.

Pines refiere que la diferencia entre el nivel organizacional y el lugar de trabajo radica en que el nivel organizacional lo atribuye a cambios generales en la estructura y procedimientos de la institución, la política, etc., mientras que el lugar de trabajo es el entorno inmediato de la persona. Según el autor, la intervención no debe centrarse en un solo nivel, sino en todos al mismo tiempo, para que sea efectiva o dé mejor resultado e implique un reconocimiento.

De una manera similar, Peiró y González-Roma (1994:20-26), clasifican los programas de intervención para el control del estrés en tres niveles:

- Individual
- Organizacional
- Interfaz individuo-organización

Al mismo tiempo, clasifican los niveles por el objeto de cambio:

- Control de estresores (nivel organizacional).
- Procesos de apreciación (nivel social).
- Estrategias de afrontamiento (nivel organizacional).

Las estrategias individuales se centran en la adquisición y el mejoramiento de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados a la persona:

- **Los programas dirigidos a las estrategias instrumentales** se centran en la solución de problemas. Por ejemplo, entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales y estilo de vida.
- **Los programas dirigidos a estrategias paliativas** tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas. Por ejemplo, el entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad y manejo de sentimientos de culpa.

Las estrategias recomendadas desde esta perspectiva son el aumento de la competencia profesional (formación continua), el rediseño de la ejecución, la organización personal, y la planificación del ocio y del tiempo libre. En el área extra-laboral los ejercicios de relajación, los deportes, tomar descansos o pausas en el trabajo, el uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, y mejorar las habilidades de comunicación. También se recomienda el manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones, tener presente la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico o farmacológico en caso necesario y, como último recurso, se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión (Roter, B 2008: 1-10).

Grau, A. *et al.* (2006) y Peiró, *et al.*, (1993) denominan los programas de nivel individual como "programas de control de estrés centrado en el afrontamiento de las consecuencias negativas". Señalan la importancia de las técnicas de relajación y disminución de activación (meditación, yoga), el ejercicio y mejora de la condición física, las técnicas de *biofeedback* o técnicas cognitivo-conductuales, como la inoculación del estrés, detección del pensamiento, entrenamiento autógeno o la solución de problemas.

Ramos (1999) y Manassero, M. *et. al.*, (2003) explican estas técnicas y otras que pueden ser utilizadas en programas de prevención y tratamiento individual del síndrome. Estas técnicas son útiles en las situaciones de estrés para las personas en general y su aplicación puede ser colectiva o individual.

Las técnicas son las siguientes:

- **Ejercicio físico:** Este puede ser de ritmo moderado (con una duración de 5 a 30 minutos) o más intenso y rutinario (3-4 veces semanales en sesiones de 1 hora). Ambos ritmos de ejercicios disminuyen los niveles de estrés por su efecto tranquilizante como en el primer caso y por su efecto antiansiolítico que reduce la ansiedad, como en el segundo caso.
- **Técnicas de relajación:** Son las más aplicadas y conocidas. El objetivo de este entrenamiento es que la persona pueda hacer uso de las técnicas tanto en el trabajo como en sus casas o donde lo necesiten. Las más comunes son los ejercicios de tensión y relajación de músculos, con el fin de que la persona identifique el estado de tensión y pueda proceder a relajarse. La relajación muscular induce a la relajación mental. Estas técnicas de relajación se combinan con ejercicios de respiración abdominal y con estrategias de relajación mental (yoga, meditación, etc.). También se incluye la hipnosis como técnica de auto-relajación.
- **Biofeedback:** Consiste en técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardíaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés. Su eficacia sobre el estrés no está demostrada empíricamente.
- **Técnicas cognitivas:** El objetivo de éstas es que la persona reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia controlando su reacción frente a los factores estresantes. Actúan sobre la percepción de diversos elementos (estresores, recursos, etc.), el procesamiento de información, la selección de respuestas y conductas. Entre las técnicas cognitivas se destaca la "técnica de solución de problemas". Ésta es útil para facilitar la toma de decisiones frente a las situaciones de estrés. Las técnicas cognitivas integran la identificación del problema, análisis de posibilidades, búsqueda de alternativas y toma de decisiones adecuadas. Otra técnica cognitiva es la de "detención del pensamiento", la cual es adecuada para poner un alto a los pensamientos obsesivos o irracionales mediante estímulos sencillos o inofensivos.

- **Terapia racional-emotiva:** Plantea que la capacidad estresora de una situación radica en la interpretación que hace la persona. Por lo tanto actúa sobre las creencias y patrones inadecuados de pensamientos para dirigirlos a otros más adecuados, haciendo uso de técnicas verbales, imaginarias, conductuales, sugerencias e intercambio de ideas.

- **Inoculación del estrés:** Esta técnica prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés.

- **Desensibilización sistemática:** Su objetivo es que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante, hasta lograr eliminar la ansiedad. Simultáneamente, se entrena a la persona con ejercicios de relajación. Esta técnica se ha aplicado en la clínica y en grupos. Se plantea la importancia de desarrollar estrategias de afrontamiento del estrés que ayuden a reducir y controlar las demandas internas y externas de una situación. Las más aplicadas son aquellas que modifican los procesos de evaluación y control de los efectos negativos de la situación estresante. Las estrategias de afrontamiento se pueden manejar a nivel fisiológico (técnicas de relajación o *biofeedback*) o cognitivas (técnicas cognitivo conductual) de reestructuración cognitiva, inoculación del estrés y solución del problema. Como ya se ha mencionado anteriormente, el uso de estrategias centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome, a diferencia de aquellas centradas en la emoción, evitación y escape.

- **Estrategias sociales:** Son muy pocos los estudios que se centran en el desarrollo de habilidades sociales como prevención o tratamiento del síndrome. Sin embargo, en ocasiones se combinan técnicas individuales y sociales en talleres educativos (Grau, Jorge A. 1996: 1-16).

- **El apoyo social** es un factor muy importante como estrategia para prevenir o tratar el “*burnout*”. Se ha demostrado que este tipo de apoyo disminuye el impacto de los estresores crónicos relacionados con el trabajo, aumenta los niveles de realización personal, disminuye el cansancio emocional, las actitudes y conductas negativas hacia otros (Gil-Monte 1996: 1-16).

Peiro, Ramos y Gonzales-Roma (2008: 24-26), recomiendan los programas dirigidos a los “procesos de apreciación de la situación”, ya que intervienen en las relaciones interpersonales y en el apoyo social como variables moderadoras del estrés. Estos programas están estructurados en tres niveles: **individual, interfaz y grupal**.

A nivel *individual* se incluyen técnicas cognitivas relacionadas con el locus control, autoeficacia, ansiedad, neuroticismo, tolerancia a la ambigüedad o estilos cognitivos, y técnicas supra-individuales.

El nivel de interfaz es el que se centra en la interacción entre el individuo y la organización a la que pertenece, se rescatan intervenciones sobre el grado de participación y/o autonomía de los trabajadores.

Por último, *a nivel grupal u organizacional* se destacan las estrategias centradas en la formación de equipos, los comités de seguridad y salud laboral, intervenciones sobre el sistema de valores, el clima y la cultura de la organización. Es importante mencionar que las estrategias de intervención social, por lo general, forman parte de los programas de intervención individual y organizacional, ya que sus variables se superponen y se complementan. En general se considera que, para intervenir en el estrés laboral, se debe actuar sobre los elementos de la organización, ya que muchas veces el estrés tiene sus fuentes en factores fuera del alcance del individuo. Las técnicas individuales pueden llegar a ser simplemente paliativas y periféricas si no se les complementa con cambios en la organización y rediseño de los elementos que contribuyen a generar estrés, con el fin de eliminarlo o reducirlo. Se debe procurar siempre que la intervención no empeore la situación, ya que todo cambio es fuente potencial de estrés. Los programas deben ser implantados con cuidado, precisión y rigor. Se hace hincapié en evaluar qué factores son los que mejoran y los que empeoran la situación de estrés para poder intervenir adecuadamente. Se debe elegir el programa de intervención organizacional teniendo en cuenta los objetivos que se pretenden conseguir, las disponibilidades de la organización y sus relaciones con los puestos de trabajo de las personas afectadas.

Otras variables que se deben considerar en la aplicación de un programa son el nivel de estrés, la urgencia en la intervención, el número de personas a quienes puede afectar la intervención, los estímulos relacionados con el síndrome, los costos económicos y temporales, los efectos no pretendidos explícitamente, los recursos disponibles y la implicación de la dirección (Manassero, M. A. *et. al.* 2003: 1-22).

Gil, Monte y Peiró (1997: 2-6), denominó los programas a nivel organizacional como "programas de control de estrés o de gestión de estrés". Estos tienen diversos objetivos y se pueden centrar en la prevención (evitar la aparición del estrés) o en el tratamiento del estrés laboral con el fin de limitar sus efectos y lograr la recuperación. Desde el punto de vista organizacional, se han clasificado los programas en tres tipos de intervenciones: preventivos primarios, preventivos secundarios y preventivos terciarios. La prevención primaria consiste en programas de prevención que suprimen los factores de riesgo antes de que generen la enfermedad. La prevención secundaria consiste en programas de tratamiento que abordan la enfermedad en sus primeras fases mediante una intervención rápida, y la prevención terciaria está compuesta por programas de tratamiento que intentan reducir la discapacidad o secuelas asociadas al trastorno.

Peiró J.M. y González-Roma (1998: 28-30), explican que las estrategias de los "programas de control de estresores" son estrategias a nivel organizacional que tienen tres objetivos: a) Reducción de las demandas ambientales, b) Incremento de los recursos personales, c) Búsqueda del ajuste entre dichas demandas ambientales y los recursos personales. En términos de la reducción de demandas ambientales, los autores plantean intervenciones organizacionales, rediseño de puestos de trabajo, mejora de condiciones laborales e

intervenciones sobre la estructura organizacional. No se incluye el desarrollo organizacional, ya que más que una estrategia implica un programa específico con actuación en distintos niveles.

Por otro lado, en cuanto al incremento de recursos personales se refiere, los autores sugieren una intervención individual centrada en la formación y entrenamiento en aspectos técnicos del puesto de trabajo, en habilidades sociales (relaciones interpersonales o liderazgo), en solución de problemas, negociación y entrenamiento en gestión del tiempo, entre otros. Por último, en relación al ajuste entre demandas y recursos, los autores indican que se debe intentar lograr la adaptación entre la persona y su entorno de trabajo por medio de actividades de la “Gestión de Recursos Humanos”, además de que se debe tener en cuenta la política organizacional, ya que refuerza la adaptación de la persona.

Otro tipo de programas de intervención son los llamados “Programas de Asistencia a los Empleados” (EAP, por sus siglas en inglés). Éstos, en realidad, son programas centrados en el individuo, pero por su carácter integral sus estrategias tienen un componente organizacional. La finalidad de estos programas es la rehabilitación de las personas que presentan diferentes tipos de problemas, tales como la adicción, problemas económicos, problemas familiares, problemas personales, problemas laborales, etc. Los programas intentan dar apoyo a los trabajadores para que consigan los cambios que necesitan, y ofrecen consultas a los directivos para mejorar las dificultades provocadas por los empleados. Además, ofrecen una respuesta rápida a las consultas. En caso que se necesite un tratamiento psicoterapéutico, se remite a la persona para que reciba asistencia especializada (Asociación de EAP en Inglaterra 1978: 1-20).

Existe otro tipo de abordaje integrado para el control del estrés, en el cual se diseña un tipo de programa a la medida de una organización específica. El diseño se hace para una organización concreta en una situación determinada, para cubrir las necesidades a nivel individual y organizacional. Tanto en la evaluación como en el tratamiento, se toman en cuenta todos los factores de la organización y los tres niveles de actuación. Estos programas constan de servicios de asesoramientos de diversos tipos como la asistencia especializada para problemas de rendimiento, el diseño de planes de entrenamiento y formación, la psicoterapia ocasional, el desarrollo de técnicas de dirección, el seguimiento del impacto de decisiones directivas sobre el estrés, el apoyo y formación para la realización de formación de equipos y resolución de problemas o realización de planes de cambio organizacional. Este tipo de programas sólo han sido aplicados en organizaciones policiales y han surgido tras un periodo de situaciones negativas (Hombrados, M 1997: 1-17).

Otro programa importante es el planteado por Van Dierendonck, *et al.* (1998: 1-6), el cual consiste en la intervención orientada a la persona basándose en la teoría de la "equidad" y la "justicia social" planteada por Adams, Smith (1965). Esta teoría asume que el “Síndrome de *Burnout*” es el resultado de las percepciones de desigualdad entre los trabajadores, y plantea que cambiando dichas percepciones se pueden reducir los niveles del síndrome. Las percepciones de equidad son fruto de la comparación del sujeto con los

otros, de su estatus, la apreciación, la gratitud y el sueldo que recibe. Si éstos se evalúan inferiores que los de los otros, el individuo se sentirá desfavorecido, mientras que si en esta evaluación puntea más que los otros el individuo se sentirá con ventaja en relación a sus compañeros. El hecho es que ambas sensaciones vienen acompañados de sentimientos negativos. Estos investigadores, señalan que en el contexto organizacional la falta de equidad puede tener efectos motivacionales que lleven al resentimiento, absentismo y rotación del personal. Se explica que cuando son pocas las recompensas del trabajador en relación con las que siente que merece, la persona es más vulnerable a desarrollar “*bunout*”, mientras que quienes gozan de mayor apoyo social en la organización eligen estrategias adecuadas para reducir dicha desigualdad y vulnerabilidad. Así, la intervención de este programa se centra en estimular a los clientes a aumentar la percepción de equidad en sus relaciones laborales; por un lado, en relación con la organización y los clientes de los profesionales y, por el otro lado, en relación a la realidad cotidiana en el trabajo, para lograr incrementar el ajuste entre los objetivos y expectativas de los trabajadores.

Los autores subrayan que se debe tomar en cuenta que las personas que sienten más apoyo social de sus colegas o supervisores tienen más probabilidad de incrementar la percepción de equidad en sus relaciones. A los participantes se les debe estimular para que descubran nuevas formas de desarrollar la congruencia y lograr así el ajuste entre motivación, necesidades, capacidades, demandas y recursos de la organización.

Uno de los principales objetivos de la intervención para restablecer la equidad es el ajuste de la contribución del trabajador con los resultados. Para ello, se estimula a los participantes para que describan cómo pueden cambiar la situación laboral. El cambio resultante es el de la percepción sobre lo que dan, o invierten en el trabajo, por un lado, y los resultados de sus esfuerzos. La hipótesis del trabajo se basa en que si se esperan resultados pequeños y más realistas en las relaciones con los clientes, será más fácil conseguir igualdad y equidad en las percepciones entre lo que el trabajador da y lo que recibe. El programa estimula a los participantes a buscar activamente otra carrera profesional en caso de que no se pueda conseguir la equidad en el trabajo actual. Este programa tiene una duración de cinco semanas, con sesiones que se realizan un día cada semana, ya sea por las mañanas o por las tardes. Las sesiones las lleva cabo un profesional de psicología, bajo un enfoque cognitivo-conductual. La técnica más utilizada es la “Reestructuración Cognitiva”, con la que se anima a los participantes a ver su situación desde diferentes puntos, a manera de que no sólo se centren en los obstáculos sino que también descubran las oportunidades de crecimiento personal en ellas (Smith, Adams 1999: 1-8).

Cano, Vindel Antonio (2002:5), propone un programa de intervención que se centra en la persona, ya que considera que es el tipo de intervención que se ha llevado a cabo con más frecuencia debido a su eficacia. Las sesiones se realizan semanalmente, con una duración de hora y media. El programa completo tiene una duración de 14 semanas. El objetivo principal es entrenar a los trabajadores para mejorar sus recursos y habilidades con el fin de que puedan controlar y manejar el estrés, y permitir a los sujetos controlar y reducir sus respuestas de ansiedad e ira.

Por último, Häätinen, Marja *et. al.* (2004: 20-30), proponen dos tipos de programas en función a los factores asociados con el desarrollo del estrés laboral y el “*burnout*”. El primer programa se llama “Vitalidad y energía para la vida laboral” (“Vitalidad”), se basa en estrategias cognitivo-conductuales y en la intervención centrada en la persona más que en la organización, porque se ha encontrado que ésta es más efectiva para reducir el estrés laboral o “*burnout*”. Por lo tanto, las estrategias de intervención del programa “Vitalidad” no intentan cambiar directamente las condiciones de trabajo de los empleados, sino que las técnicas cognitivo-conductuales se utilizan con el fin de modificar la evaluación cognitiva de las situaciones de estrés del individuo, para que éste aprenda a manejarlo. La intervención incluye la evaluación física, psicológica y social de los participantes. A partir de dicha evaluación, se propone un plan personal de actividades de rehabilitación y se espera que continúen con éste después de finalizar el programa. Las actividades programadas se dirigen primordialmente a la persona, pero también hay una parte que se enfoca en la relación persona-organización.

Generalmente, las intervenciones a nivel personal intentan aumentar los niveles de conciencia y la habilidad de afrontar el estrés, mientras que la intervención centrada en la relación persona-organización intenta aumentar la resistencia del empleado ante los estresores de su contexto laboral. El programa “Vitalidad” se ha aplicado a personas menores de 50 años que están exhaustos por el trabajo, y que sufren uno o más de los problemas relacionados con el trabajo, como el “*burnout*”. El formato incluye grupos de 8 a 10 personas con actividades individuales, aunque en su mayoría son grupales.

El segundo programa se llama “Mantenimiento y desarrollo de las habilidades laborales” (“Habilidades Laborales”). Éste se basa en estrategias cognitivo-conductuales y se centra también en la persona. Al igual que el programa “Vitalidad”, este programa sigue la línea de la “Teoría de la Conservación de Recursos” (COR, por sus siglas en inglés), basándose en el sentido de coherencia, los tipos de afrontamiento orientados a la tarea y el afrontamiento orientados a la emoción y la reestructuración cognitiva de las situaciones de estrés. Con este programa de rehabilitación también se pretende mantener y mejorar los recursos y habilidades de los trabajadores, para que puedan seguir trabajando. El programa consta de actividades programadas a partir de una evaluación integral de cada participante, que se dirigen a la persona para aumentar los niveles de conciencia y habilidades para afrontar el estrés y mejorar la relación persona-organización para aumentar la resistencia al estrés laboral. Se espera que los clientes sigan haciendo uso este tipo de actividades aún finalizado el tratamiento de rehabilitación. Los participantes son generalmente personas de 40 a 60 años quienes han sufrido un deterioro de sus habilidades y capacidades laborales por alguna enfermedad, discapacidad u otro desorden. El formato de rehabilitación incluye grupos de 4 a 6 personas y tanto actividades individuales como grupales. El objetivo de este programa está más enfocado hacia la importancia de la evaluación-intervención multidisciplinaria, a diferencia del programa “Vitalidad”, además que en el programa de “Habilidades Laborales” el funcionamiento físico de la población es generalmente menor. Ambos programas coinciden en que su principal objetivo es lograr que la persona

encuentre los recursos necesarios para poder continuar con su trabajo de una manera satisfactoria, tanto para la persona como para la organización en donde trabaja.

H. Burnout en docentes y universitarias

En el estudio que realizó la UNESCO, sobre *Condiciones de Trabajo y Salud Docente*, Robalino Magaly, refiere que, «la profesión docente es siempre una actividad ambivalente. Que se nos presenta, como en el mito de Jano - el de las dos caras - una puerta abierta por la que podemos entrar o salir. Por una parte, la enseñanza puede vivirse con optimismo, y convertirse en una forma de autorrealización profesional, ya que en ella podemos darle sentido a toda una vida. Por otra parte, no es posible esconder la otra cara de la profesión docente: una profesión exigente, a veces físicamente agotadora, sujeta siempre al juicio de un público que con sus preguntas nos pone a prueba, no solo en nuestros conocimientos, sino también en nuestra propia coherencia personal.»

Según, Renedo, García M *et al.* (2006: pág 2), la profesión del docente está sometida a los continuos cambios impulsados por las reformas que se han ido introduciendo en el sistema educativo. Las expectativas y los retos que recaen en el profesorado incrementan cada vez más el nivel de exigencia, siendo actualmente sometidas a niveles altos de y complejos e intensos y contradictorios; lo que viene a afectar la eficacia profesional el equilibrio y desarrollo humano de las docentes. Las familias e instituciones exigen a la docente que como transmisoras de enseñanza, eduque y forme a las personas en una sociedad llena de violencia, pobreza, discriminación etc. En este contexto se produce un choque de expectativas y demandas, entre lo que se exige a la docente y lo que se percibe que debe enseñar, teniendo en cuenta los recursos personales y laborales con los que cuenta.

Considerando que la docente es el instrumento de trabajo, que debe mediar en la interacción de la enseñanza aprendizaje, dentro del contexto actual con todas sus innovaciones y requisitos, como requiere el nuevo modelo de educación impulsado por la nueva reforma educativa de escuela integradora donde debe dar respuesta a todos sus alumnos, lo cual supone un incremento de las demandas y exigencias que han generado un alto grado de descontento en las profesionales, debido a que no perciben los suficientes recursos para poder afrontar los cambios que se requieren para la atención de los diferentes tipos de personalidades y necesidades. Este desajuste entre las demandas y los obstáculos que percibe la docente y los recursos de que dispone, afecta su bienestar psicológico en el trabajo y puede desarrollar el *Síndrome de Burnout*, o *Síndrome del Quemado*, llevando a la docente a padecer procesos de ansiedad y depresión como respuesta al estrés prolongado. Estos estados emocionales pueden influir y llevar a la profesional a sentirse incapaz de desempeñar de forma eficiente su rol en la docencia, con sentimientos bajos de auto eficacia.

Según Caballero Cecilia, *et al.* (2007: 1-2), en la actualidad las/os estudiantes se enfrentan cada vez más a retos y exigencias del medio que demandan una gran cantidad de recursos físicos, psicológicos de diversa índole, llevando a muchos al abandono de sus estudios o a disminuir su rendimiento sin encontrar explicación. Diversas investigaciones han demostrado que los problemas psicológicos que padece el estudiantado están relacionados con trastornos de ansiedad, estrés académico y temor a los exámenes; y tensión asociada a situaciones en las que el estudiantado tiene que absorber gran cantidad de información en un tiempo limitado; agregándose también, la insatisfacción social, dificultades económicas, familiares y falta de tiempo para su recreación.

Otro aspecto al que se enfrenta el estudiantado, es la necesidad de mantener un rendimiento académico adecuado, el cumplimiento de las metas y objetivos establecidos en la asignatura que cursan. Diversos autores han estudiado el rendimiento académico analizándolo desde un enfoque multidimensional, integrando los factores como clase social, entorno familiar, relación docente-alumnado, relaciones interpersonales entre el alumnado, didácticas, variables institucionales del centro educativo y la administración educativa. Como resultado de la interacción de los anteriores factores se puede dar un rendimiento satisfactorio o insatisfactorio, definido como el producto final de su esfuerzo, mediado por sus actividades, rasgos y la percepción más o menos correcta de los cometidos asignados. Por lo tanto, el rendimiento académico no sólo es el resultado de la educación institucionalizada, sino también de la no institucionalizada. Otras de las variables que se encontraron que afectan el rendimiento son las habilidades y destrezas que presenta el alumnado, el interés en la asignatura, la capacidad de comunicación, las calificaciones obtenidas, y el número de asignaturas aprobadas. Las jóvenes que inician una carrera superior se enfrentan a una responsabilidad mayor, cursos y docentes que les exigen y asignan diversas actividades como, sustentar trabajos grupales, presentar informes, llevar a cabo prácticas, trabajos de investigación y exámenes con exigencias elevadas. Todos estos elementos constituyen situaciones de evaluación en las que es importante que sean exitosas, pues facilitan el paso al siguiente semestre o una entrada más rápida a la vida profesional. En esta línea, el estudiante se expone a un sinnúmero de desafíos, decisiones, problemas y exigencias de diferente naturaleza dadas por el contexto laboral y las condiciones del contexto educativo en donde el adiestramiento, el aprendizaje y el rendimiento son aspectos que pueden constituirse en fuentes de estrés. Cuando la persona no se logra adaptar a los eventos de estrés, podría desencadenar situaciones de no poder dar más de sí misma (agotamiento) y responder con una actitud negativa de autocrítica, desvalorización y pérdida de interés y valor frente al estudio (cinismo) incrementando sus dudas acerca de su capacidad para realizarlo; todo este cuadro sería un indicador del *burnout*. Este tipo de estrés genera un impacto negativo no sólo en su salud, sino también en su rendimiento académico y laboral.

III. MARCO METODOLÓGICO

Teniendo presente la definición que Freudenberg (1974), utilizó para referirse al “Síndrome de *Burnout*”, se consideró importante resaltar el trabajo de la mujer en nuestra sociedad, ya que la mujer es quien dirige el hogar y atiende a los hijos, además de realizar otras actividades múltiples, lo cual la expone a una mayor vulnerabilidad de padecer el síndrome. Es más, la mujer que trabaja en la docencia y en el hogar desempeña múltiples roles de atención a los demás, los cuales implican llevar a cabo diversas actividades que afectan las áreas psicológicas, sociales, culturales y económicas de su vida y la de su familia. Todos estos son factores suficientes para que la mujer esté más expuesta a desarrollar el síndrome (Pines, A. y Aronson, E 1989: 1-10).

En la actualidad, estamos viviendo una era de cambios producidos por grandes avances tecnológicos, lo cual implica que la mujer tenga una mayor y mejor preparación para poder enfrentar los múltiples desafíos que se vayan presentados en la vida. Requiere mayores competencias para optar a un trabajo digno dentro de la sociedad, para poder desenvolverse de forma efectiva y exitosa. Así, su carga aumenta tanto a nivel físico, psicológico y social; además, exigen que desempeñe sus roles tradicionales de madre y esposa, los cuales no han quedado relegados al pasado. Todos estos factores incrementan la vulnerabilidad de la mujer y la colocan en una situación de mayor riesgo en términos de padecer “*burnout*”. Dado que la mujer es, por naturaleza, más sensible y emotiva que el hombre, es más propensa a experimentar sensaciones de fracaso y agotamiento como resultado de una sobrecarga de exigencias de energías y recursos personales y/o espirituales debido a las altas expectativas que se esperan de ella. Se añade a lo anterior que en muchas organizaciones las mujeres ocupan un número mayor de trabajo subordinado o poco remunerado, siendo así su motivación para sentirse realizada, con energía y entusiasmo, desgastada o reducida.

Los investigadores del “*burnout*” han añadido al cuadro clásico del síndrome, el agotamiento físico y emocional además del sentimiento de fundición, lo cual lleva a reflexionar sobre la importancia que tiene plantear programas de prevención para beneficiar la salud de las mujeres y evitar que desarrollen el síndrome (Pines y Aronson 1989: 1-14).

El beneficio que brindan los programas de prevención, no es sólo reducir la vulnerabilidad de la mujer ante el *burnout*, sino también fortalecer sus capacidades y sus múltiples roles que desempeña a través de su vida en los diferentes ámbitos de la sociedad. El beneficio puede expandirse y beneficiar a las demás, aún más allá de las fronteras del país en que resida, porque está comprobado que la buena salud de la mujer proporciona mejores frutos tanto a nivel social, familiar y económico (Aranda Beltrán Carolina. *et al.* 2005: 225-231).

En Guatemala la participación femenina en el mercado laboral ha aumentado desde 1989. La pobreza económica obliga a las mujeres a buscar alternativas de sobrevivencia, aunque éstas muchas veces no responden a sus necesidades y aspiraciones. El estudio de alternativas para prevenir el desarrollo del síndrome en las mujeres en Guatemala se hace entonces indispensable, como parte del esfuerzo en conjunto enfocado en mejorar la calidad de vida de las mujeres en el país (PNUD 2004: 1-7).

A. Objetivo general

Contribuir a desarrollar un programa de prevención de desgaste profesional en mujeres docentes y universitarias de la UVG, y beneficiar así su calidad de vida laboral y familiar.

B. Objetivos específicos

Identificar los síntomas previos a la aparición del “*Síndrome de Burnout*” en mujeres docentes y universitarias.

Aplicar un programa de prevención a través de estrategias para el manejo efectivo del estrés y la energía vital.

Mejorar la calidad de vida de las docentes de la UVG y docentes estudiantes de la institución.

C. Desgaste profesional

Maslach Y Jackson (1981: 16-19), se evaluó el “*síndrome de burnout*” por medio del cuestionario de “Maslach, por ser el instrumento más válido y confiable en la actualidad. Este contiene una escala con alta consistencia interna y una fiabilidad del 90%.

El instrumento está compuesto por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes de las personas en su trabajo y hacia quienes atienden. Su función es medir el desgaste profesional o del trabajo. El cuestionario de Maslach se realiza en 10 a 15 minutos, y mide los tres aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Las puntuaciones se consideran bajas por debajo de 48 en cada subescala. Las altas puntuaciones en las dos primeras subescalas, y bajas en la tercera permiten diagnosticar el “*Síndrome de Burnout*”.

La sub-escala de agotamiento emocional consta de 9 preguntas y valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. La puntuación máxima es de 54. Las preguntas son las siguientes:

1. Me siento emocionalmente agotada por mi trabajo.
2. Me siento cansada al final de la jornada de trabajo.
3. Me siento fatigada cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.
4. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
5. Me siento quemada por mi trabajo.
6. Me siento frustrada en mi trabajo.
7. Creo que estoy trabajando demasiado.
8. Trabajar directamente con personas me produce estrés.
9. Me siento acabada.

La sub-escala de despersonalización está formada por 5 ítems, y valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. La puntuación máxima es de 30. Las preguntas son las siguientes:

1. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
2. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
3. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
4. Realmente no me preocupa lo que le ocurra a mis pacientes.
5. Siento que los pacientes me culpan por algunos de sus problemas.

La sub-escala de realización personal se compone de 8 ítems, y evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Su puntuación máxima es de 48. Las preguntas son las siguientes:

1. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.
2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
3. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.
4. Me siento muy activa.
5. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
6. Me siento estimulada después de trabajar con mis pacientes.
7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.

D. Diseño de la investigación

Este trabajo fue de carácter cuasi-experimental, en el que se realizó un análisis individual cualitativo, con un solo grupo experimental. Se siguió un modelo secuencial dividido en tres fases: “pre”, tratamiento y “post”. La fase “pre” se refiere a una evaluación previa antes de ser sometidas al tratamiento. Esta condición incluyó la aplicación de instrumentos y una entrevista semi-estructurada. Al concluir la primera fase, todas las participantes fueron sometidas a la segunda fase, la cual consistió de un tratamiento que incluyó un programa de estrategias de prevención de desgaste profesional. Al terminar el programa de estrategias, se llevó a cabo la fase “post”, en la cual todas las participantes fueron evaluadas para poder medir el efecto del programa.

E. Participantes

Participaron en el estudio 24 mujeres docentes universitarias con un rango de 25 a 75 años de edad, que laboran o estudian en la UVG, en ambos turnos y jornadas de fin de semana o plan diario. Todas las participantes debieron firmar el consentimiento informado, que incluyó información general acerca del proyecto, tiempo de duración, compromiso y elementos de confidencialidad.

F. Instrumentos de evaluación

1. Maslach (MBI): Es una escala de alta consistencia interna y fiabilidad. Consta de 22 ítems y evalúa los tres aspectos del síndrome como son: El cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal. Las altas puntuaciones en las dos primeras sub-escalas, y bajas en la tercera permiten diagnosticar el “*Síndrome de Burnout*”

2. La evaluación del estrés se realizó a través del “Inventario de Sintomatología de Estrés” (ISE) de Benavides Pereira *et al.* La escala está compuesta por 30 ítems, los cuales evalúan síntomas físicos, psicológicos, sociales y generales. Las opciones de respuesta oscilan entre (0) nunca, (1) raras veces, (2) moderadamente, (3) frecuentemente y (4) asiduamente. Se obtienen puntuaciones bajas, medias y altas dependiendo el estado de la persona.

3. El nivel de depresión se evaluó con la “Escala de Depresión de Zung”. Es una escala auto aplicada formada por 20 ítems relacionados con la depresión, formulados la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para

cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos referentes a síntomas psicomotores.

4. La calidad de vida se evaluó a través de un cuestionario cualitativo que permite el análisis de aspectos de personalidad en los niveles psicológicos, físicos y sociales relacionados con su trabajo y el desgaste en las profesionales docentes. Consta de 15 preguntas con respuestas afirmativas o negativas. Este instrumento fue diseñado por la MSc. Claudia García de la Cadena, Directora del Departamento de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala.

5. Los datos demográficos se obtuvieron a través del cuestionario de “Información Complementaria” el cual consta de 15 ítems. Con el se obtuvieron datos referentes a fecha, edad, trabajo, género, grado académico, años de ejercicio profesional, horas de trabajo, número de cursos que imparte, actividades que realiza en su tiempo libre. Dicho instrumento fue utilizado en trabajos previos.

6. Con el fin de que las participantes evaluaran cada taller se elaboró un cuestionario (Ver Anexos) que incluye datos relacionados con: Puntualidad, dominio, importancia del tema, respeto, expresión, participación, resolución de dudas, material y aprendizaje. Los rubros de calificación van de: Mala, regular, buena o excelente.

Todo el material de evaluación fue proporcionado por la directora del Departamento de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala MSc. Claudia García de la Cadena, y forma parte del material educativo del departamento.

G. Procedimiento

Para realizar los talleres se convocó a través del Departamento de Recursos Humanos a todas las docentes y universitarias de la UVG, para que participaran de forma activa en el proyecto de prevención de “Manejo y Control de Estrés” y “Autoestima y Calidad de Vida”. Se les realizó una invitación personal a los diferentes departamentos de la UVG, se les explicó en qué consistía el proyecto y los objetivos del mismo. Además se entregó el material de pre-evaluación para que estuvieran informadas y a través de ellas se invitara por internet y verbalmente en sus aulas, a las docentes estudiantes de la UVG que estuvieran a su cargo, para que participaran en los talleres. Se enviaron invitaciones a través de la Internet a distintos departamentos de la UVG, se colocaron carteles en colores en las pizarras de anuncios, las cafeterías, biblioteca, y otros lugares públicos dentro de las instalaciones de la universidad. Así el programa quedó diseñado en cuatro fases que incluyeron sesión informativa de los objetivos, fechas, horarios y lugar donde se

impartirían los talleres. La segunda fase o fase de Pre evaluación, se entregó el material y las instrucciones precisas para que fuera respondido y entregado antes de iniciar el primer taller. La tercera fase consistió en la participación de los primeros dos talleres cuyo tema fue “Manejo y Prevención de Estrés”.

Se impartieron en dos horarios diferentes con el fin de facilitar a las asistentes la participación en los mismos. Ambos talleres se trabajaron en el salón I-105 el día viernes 9 de octubre de 2009. El primer grupo asistió de 12:00 a 1:30 p.m., el segundo de 4:30 a 6:00 p.m.

En el segundo taller se impartió el tema “Autoestima y Calidad de Vida”. Se programó de igual forma que los dos primeros y se trabajaron el día viernes 16 de octubre de 2009. También se impartió un tercer taller a un grupo de docentes universitarias que estudian en la UVG con el tema “Autoestima y Calidad de Vida”, el día sábado 21 de octubre de 1:30 a 2:30 p.m. en el salón F-101. Al finalizar los talleres en todos se entregó un diploma de participación a cada asistente. La cuarta fase o fase final, consistió en la Post evaluación que se realizó antes de finalizar cada taller, con los mismos instrumentos que se usaron para la PRE evaluación con el fin de comparar los resultados PRE-POST en cada una de las participantes.

Los talleres de estrategias de prevención se enfocaron en cinco aspectos:

- Autoestima (imagen y autoimagen) y calidad de vida.
- Manejo y prevención del estrés
- Relaciones Interpersonales.
- Fortalecimiento del área espiritual.
- Equilibrio vital.

Al finalizar todas las participantes respondieron los instrumentos y los entregaron a la facilitadora, quien, a su vez, hizo entrega del diploma de participación.

H. Análisis de datos

La información se obtuvo a través de las respuestas que las participantes escribieron en los cuestionarios de las evaluaciones PRE-POST realizadas en los talleres de prevención. Para realizar las evaluaciones Pre-Post, se entregó las escalas PRE antes de iniciar el taller y la POS alT al finalizar las actividades. Luego las respuestas de los cuestionarios y escalas fueron tabulando a través del programa “*Statistical Product and Service Solutions (SPSS)*”, versión 14.0. Con este mismo programa se describieron los datos y el total de los ítems de los cuestionarios de la Escala de Maslach (MBI), Inventario de Sintomatología

de Estrés (ISE), y la Escala de depresión de Zung. Los datos demográficos fueron tabulados a través de de la *t de STUDENT*, para finalmente graficar los resultados estadísticos a través de Gráficas de barras.

IV. RESULTADOS

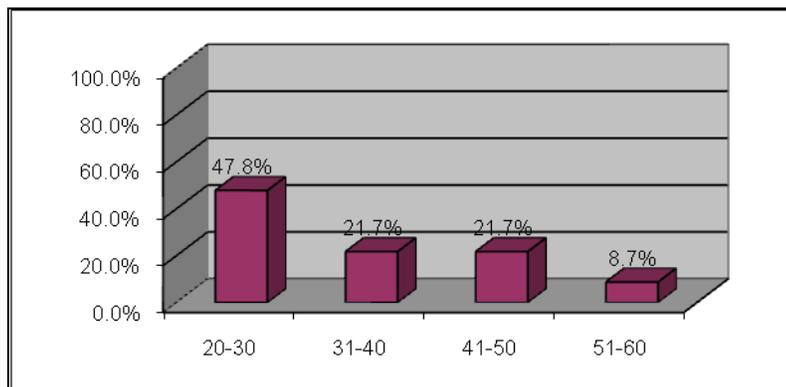
A. Información general

El objetivo de este trabajo fue crear un programa de prevención en docentes universitarias como una forma de promover mejoras a la calidad de vida de las profesionales que trabajan o estudien en la Universidad del Valle de Guatemala. El propósito fue mejorar la salud en beneficio no sólo de las mujeres docentes, sino también de las instituciones donde trabajen o estudien, y de la sociedad guatemalteca sin distinción.

La muestra inicial estuvo conformada por un total de 32 mujeres docentes a quienes se les aplicó la evaluación PRE. De este grupo sólo un total de 24 asistieron a los talleres de capacitación, es decir un 75% realizaron la evaluación completa PRE-POST. Las participantes forman parte del personal docente administrativo de la UVG con un distribución del 70.8% (docentes universitarias y docentes estudiantes) y el resto personal administrativo.

Del total de las 24 participantes en los programas de prevención que realizaron el PRE-POST, el 95.7% fueron mujeres, y un 4.3% hombres. El rango de edad mayoritario estuvo entre 20 a 30 años en un 47.8% y los rangos entre 31 a 50 años fue de 21.7% finalmente el 8.7% en el rango de 51- 60 años (ver Gráfica 1).

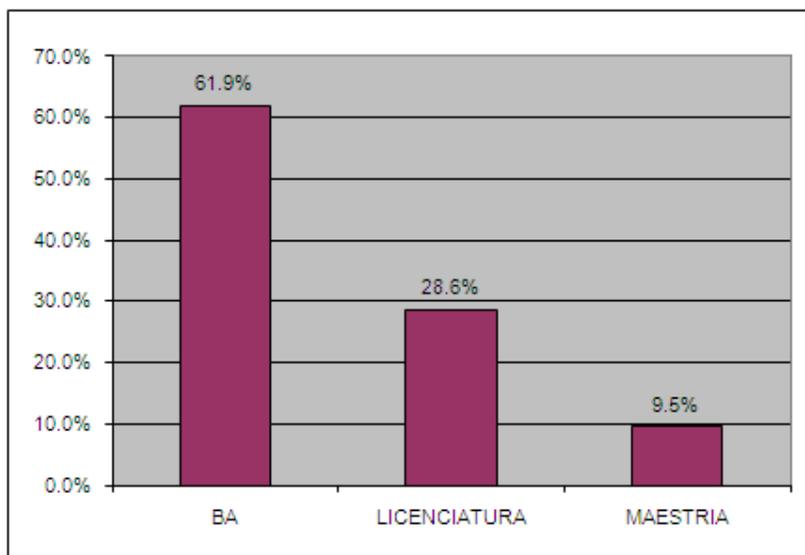
Gráfica 1. Rangos de edades de las participantes



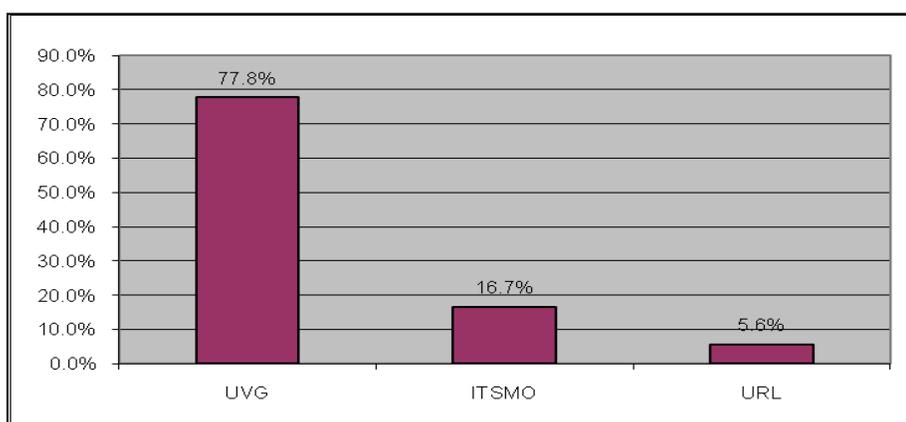
En referencia a su estado civil el 56.5% reportó ser soltera, 39.1% refirió estar casada y solamente el 4.3% divorciada. Con respecto a su grado académico 61.9% reportan tener un BA., 28.6% Licenciatura y el

9. 5% Maestría (ver Gráfica 2). Lugar de trabajo del total de la muestra final un 56.5 % (14) informaron trabajar únicamente en la UVG, y un 43.4 % reporto trabajar también en otra universidad (ver Gráfica 3).

Gráfica 2. Grado académico de las participantes

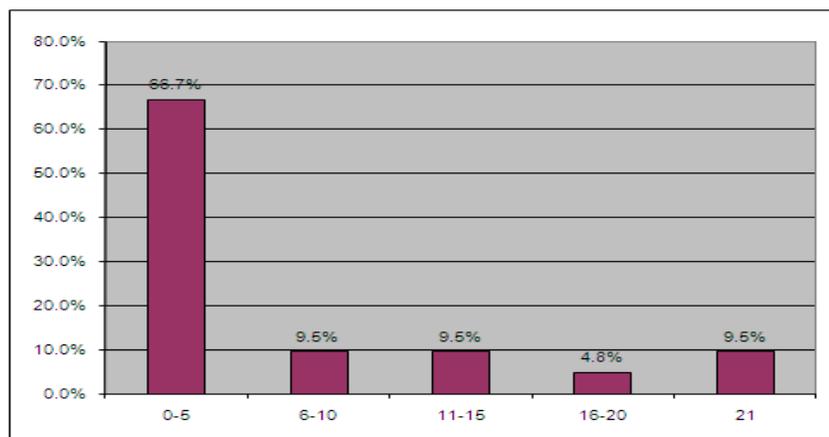


Gráfica 3. Institución donde trabaja



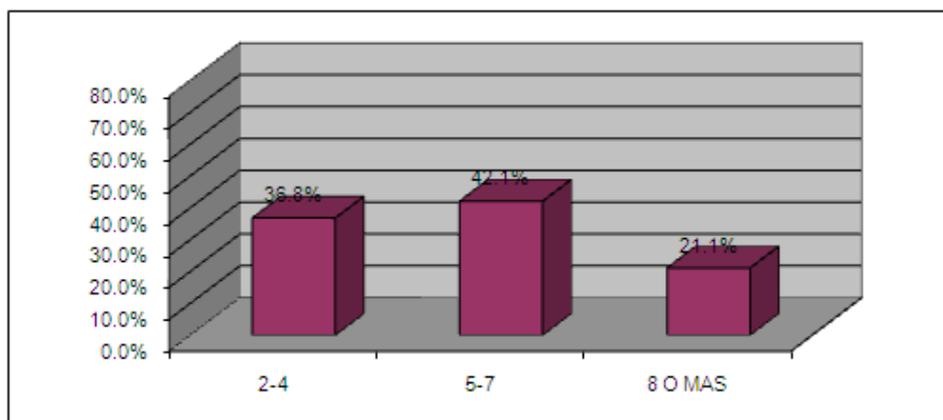
En relación a los años de ejercicio profesional el 61.9 % reportó tener entre 0-5 años, 9.5% 6-10 años, 9.5% 11-15 años, 4.8 % 16-20 años 9.5% 21 años o más, y el 4.8% no trabaja, como podemos observar en la Gráfica 4 la mayoría de las mujeres participantes se ubican en un tiempo de ejercicio profesional menor a los 5 años (ver Gráfica 4).

Gráfica 4. Años de ejercicio profesional de las participantes



En lo que se refiere al tiempo dedicado para ejercer la docencia el cual estuvo reflejado en el número de horas que trabajan, un 42.1% reportó trabajar entre 5-7 horas, el 36.8% entre 2 a 4 horas y solamente el 21.1% 8 horas o más (ver Gráfica 5) y en lo que se refiere al número de cursos que imparte por semana el 41.2% refirió un rango de clases entre uno y dos cursos, el 29.4% reportó impartir entre 5 y 6 cursos, el 17.6% más de 7 cursos y el 11.8% 3 y 4 cursos por semana.

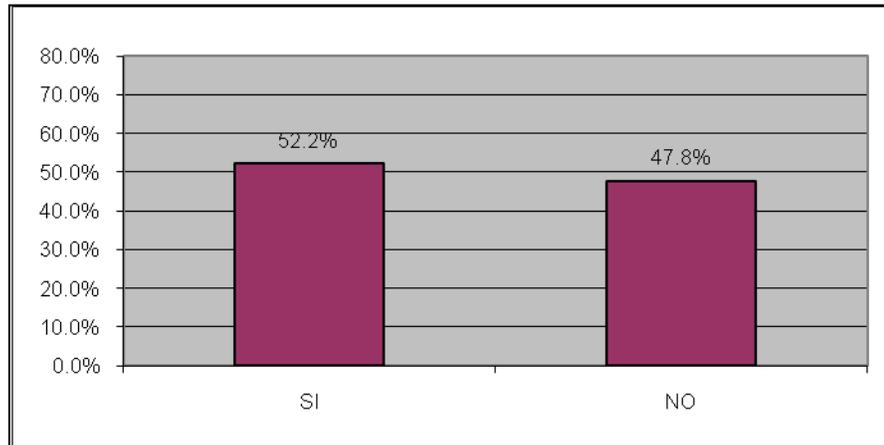
Gráfica 5. Tiempo para ejercer la docencia



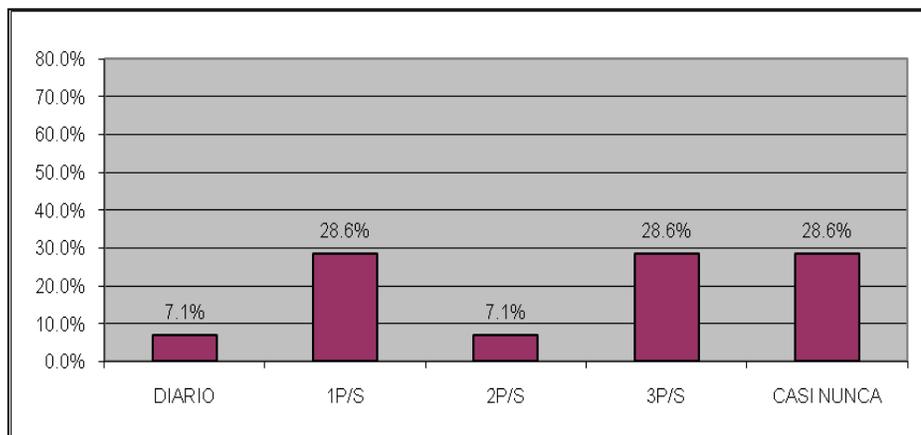
Uno de los elementos que se han resultado ser efectivos para disminuir el desgaste profesional, es la actividad física, por ello se les preguntó acerca de sus hábitos que requieren ejercicio físico, los resultados se pueden observar en la Gráfica 6 donde vemos que el 52.2% reportó realizar ejercicio físico y un 47.8% de las participantes no realiza ningún tipo de ejercicio. Cuando se les preguntó frecuencia de este ejercicio un

35.7% (5) reportó ejercitarse diariamente, un 28.6% dos veces por semana, 28.6% una hora por semana, y un 7.1% se ejercita a diario (ver Gráfica 7).

Gráfica 6. Realiza ejercicio los participantes



Gráfica 7. Frecuencia de ejercicio físico

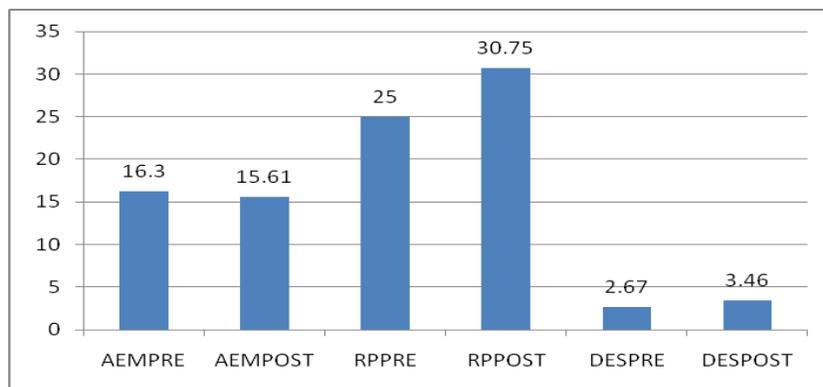


Con el fin de determinar el impacto que tienen el programa de prevención de *burnout*, como se describió en la metodología, se llevó análisis de los datos de las evaluaciones PRE-POST del taller para ello se utilizaron las pruebas t de *STUDENT* y comparamos las diferencias.

En la escala de Maslach en sus tres dimensiones, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal; en relación a los resultados en la prueba t de los síntomas de agotamiento emocional pre y post se encontró para el pre una \bar{x} de 16.30 ± 6.32 y para el post \bar{x} de 15.60 ± 6.17 , y una prueba $t=0.609$

no significativa 0.549, y para la dimensión realización personal se encontraron los valores pre una \bar{x} de 25.00±6.71 y para el post \bar{x} de 30.75±6.13, y una prueba $t=-5.45$ con una significancia 0.001, para la dimensión y para la dimensión despersonalización se encontraron los valores pre una \bar{x} de 2.66±2.46 y para el post \bar{x} de 3.45±4.07, y una prueba $t=-1.163$ no significativa 0.257 (ver Gráfica 9).

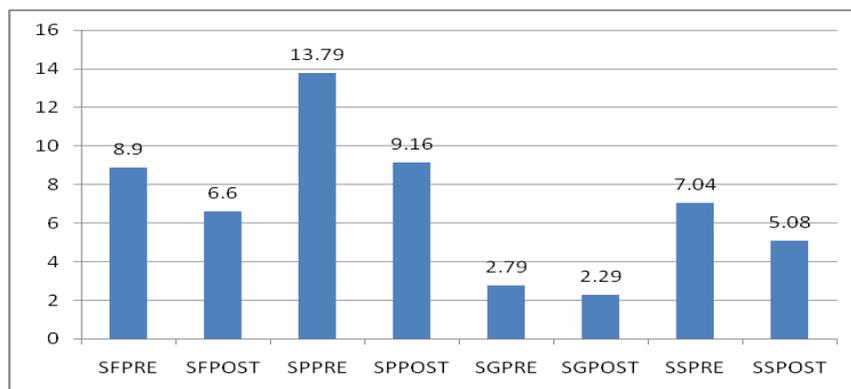
Gráfica 8. Puntaje de las dimensiones del cuestionario de Maslach (MBI)



AE/PRE	Agotamiento Emocional Pre
AE/POST	Agotamiento Emocional Post
RP/PRE	Realización Personal Pre
RP/POST	Realización Personal Post
DE/PRE	Desgaste Emocional Pre
DE/POST	Desgaste Emocional Post

El inventario de estrés en sus cuatro dimensiones síntomas físicos, psicológicos, somáticos y generales, en relación a los resultados en la prueba t entre síntomas físicos pre y post encontramos en la pre evaluación una $\bar{x} = 8.95 \pm 5.9$ y para el post $\bar{x} = 6.66 \pm 5.4$ la prueba $t=0.696$ significancia 0.001, los síntomas psicológicos los resultados evidenciaron en la evaluación pre $\bar{x} = 13.79 \pm 7.82$ y para el post $\bar{x} = 9.16 \pm 6.82$ la prueba $t=4.225$ significancia 0.001, en referencia a los síntomas somáticos $\bar{x} = 7.04 \pm 4.85$ y para el post $\bar{x} = 5.08 \pm 3.53$ la prueba $t=3.00$ una significancia de 0.006, y para la puntuación de los síntomas globales encontramos una $\bar{x} = 2.79 \pm 2.53$ y para el post $\bar{x} = 2.29 \pm 2.11$ la prueba $t=1.543$ no significancia 0.137 (ver Gráfica 10).

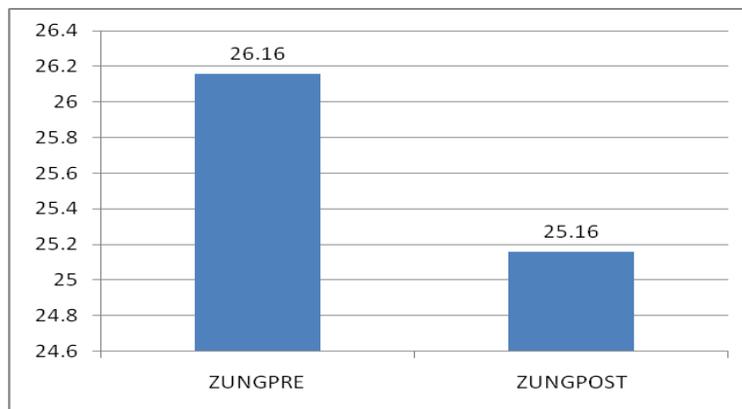
Gráfica 9. Puntaje del Inventario de Sintomatología de Estrés (ISE)



SFPRE	Sintomas Físicos Pre
SFPOST	Sintomas Físicos Post
SPPRE	Sintomas Psicológicos Pre
SPPOST	Sintomas Psicológicos Post
SGPRE	Sintomas Generales Pre
SGPOST	Sintomas Generales Post
SSPRE	Sintomas Sociales Pre
SSPOST	Sintomas Sociales Post

Uno de los elementos que intervienen en el desgaste profesional es el estado de ánimo por lo tanto se aplicó una escala de evaluación de depresión de Zung en donde encontramos una media en la evaluación pre $\bar{x} = 26.16 \pm 4.17$ y para el post $\bar{x} = 25.16 \pm 4.57$ el valor de la prueba $t=1.225$ significancia 0.233, en donde podemos ver que no existen diferencias en el estado de ánimo de las participantes en el estudio, llama la atención que en un análisis individual pudimos observar que algunas participantes habían incrementado el nivel de depresión de leve a moderado. Sin embargo en la mayoría de las participantes se encontró en el post, un incremento positivo en las áreas que mostraban afección en la evaluación pre.

Gráfica 10. Puntaje de la escala de de depresión de Zung.



ZUNG/PRE	Escala de Depresión Pre
ZUNG/POST	Escala de Depresión Post

B. Análisis cualitativo de los puntajes de las participantes

Caso1: PRE evaluación: Escala de maslach (MBI), muestra una puntuación de diecinueve en el área de agotamiento emocional, un punto en el área de despersonalización y treinta y seis en el área de realización personal, los cuales se encuentran dentro del rango normal. El puntaje total fue de cincuenta y seis puntos. Inventario de sintomatología de estrés (ISE), obtuvo una puntuación de diez en el área de síntomas físicos, diecinueve en el área de síntomas psicológicos, ambas áreas la sitúan en un nivel de alteración media. Cinco puntos en el área de síntomas sociales y cuatro en síntomas generales, ambas áreas según la escala indican un nivel bajo de afección. Su puntaje total fue de treinta y cinco puntos. En la escala de depresión de Zung obtuvo un puntaje total de treinta y dos puntos que indican un nivel de depresión leve. En la POST evaluación: La escala de Maslach, muestra que en el área de agotamiento emocional se obtuvo una puntuación

de diecisiete, en despersonalización un punto, indicando que ambas áreas no se encuentran afectadas. En realización personal se obtuvo un puntaje de treinta y cinco, indicando no estar afectada. En total obtuvo una puntuación de cincuenta y tres puntos. tanto el pre como el post indican no estar afectada, pero es interesante ver cómo su puntaje en agotamiento emocional y en realización personal mejoró en el post. En la escala de Zung, obtuvo un puntaje total de veintinueve, que indican una depresión leve, la cual también se obtuvo en el pre, sin embargo en el post su puntaje fue menor indicando una disminución paulatina en el nivel de depresión beneficiando así a la participante. En el cuestionario de calidad de vida obtuvo una puntuación media de siete respuestas afirmativas y ocho negativas que la sitúan en un nivel medio de calidad de vida.

Caso2: PRE evaluación: La escala de Maslach (MBI) muestra una puntuación de siete en el área de agotamiento emocional, un punto en el área de despersonalización ambos rangos indican no estar afectada. En el área de realización personal su puntaje fue de 27, indicando estar afectada en un nivel alto. Puntaje total treinta y cinco. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra una puntuación de cinco en el área de síntomas físicos, diez en síntomas psicológicos, cero en síntomas sociales y cero en síntomas generales todos dentro del rango bajo o normal. En la escala de depresión de Zung, obtuvo una puntuación total de veinticinco, que indica ausencia de depresión. En la POST evaluación, a través de la escala de Maslach, se obtuvo una puntuación de siete en el área de agotamiento emocional y un punto en despersonalización, ambos la indican no estar afectada; mientras que en el área de realización personal obtuvo un puntaje de veintiocho lo que indica estar afectada en un nivel medio. Su puntaje PRE-POST vario ya que obtuvo una menor puntuación, favoreciendo en un mínimo su grado de realización personal. En el inventario de sintomatología de estrés (ISE), se obtuvo un puntaje de tres en el área de síntomas físicos, ocho en síntomas psicológicos, cero en síntomas sociales y uno en síntomas generales, todos la ubican dentro del rango bajo o normal. Su puntaje total en el post fue de doce, mientras que en el pre obtuvo quince puntos, lo cual muestra un mayor control del estrés en comparación al pre. En la escala de depresión de Zung, se obtuvo un puntaje total de veintitrés, que indica ausencia de depresión. En este último encontramos que su puntuación bajó en comparación al pre, lo cual indica una mejoría cuantitativa en beneficio de la participante. El cuestionario de calidad de vida indica un puntaje de once negaciones y cuatro afirmaciones, lo que indica un nivel de autoestima bajo.

Caso 3: PRE evaluación: La escala de Maslach (MBI) muestra un puntaje de diez en el área de agotamiento emocional y dos puntos en despersonalización, ambos la sitúan en un rango normal; mientras que en el área de realización personal su puntaje fue de treinta y tres, lo que indica estar afectada al no sentirse realizada. En el inventario de sintomatología de estrés (ISE), obtuvo un puntaje de diez en el área de síntomas físicos, que indican un nivel alto de alteración por estrés. Once puntos en síntomas psicológicos, tres puntos en síntomas sociales y dos en síntomas generales, todos situados en el rango bajo de estrés. El puntaje total fue de veintisiete. La escala de depresión de Zung, indica un puntaje total de cuarenta y ocho considerado dentro del rango de depresión moderada. POST evaluación: Escala de Maslach (MBI), indica un puntaje de seis en agotamiento emocional y cero en despersonalización, ambos dentro del rango normal según la escala

de medición. Mientras que en el pre obtuvo diez puntos en agotamiento emocional y dos en despersonalización, lo cual indica una mejoría sustancial en estas dos áreas en beneficio de la participante y de la organización donde trabaja. El área de realización personal indica un puntaje de treinta y tres considerado dentro de la escala de medición en un rango de afección. El puntaje total de esta prueba fue de treinta y nueve, en comparación al pre que fue de cuarenta y cinco puntos, indicando una mejoría cuantitativamente favorable para la participante en las áreas de agotamiento emocional y despersonalización. El inventario de sintomatología de estrés (ISE) nos muestra un puntaje de tres en el área de síntomas físicos, ocho en síntomas psicológicos, dos en síntomas sociales y uno en síntomas generales, todos dentro del rango bajo. El puntaje total fue de catorce, mientras que en el pre fue de veintisiete, lo cual indica una mejoría cuantitativamente favorable para la participante y para la organización donde trabaja. La escala de depresión de Zung indica un puntaje total de treinta y cinco, mostrando un nivel de depresión leve. Sin embargo su puntaje disminuyó en comparación al pre donde obtuvo una puntuación de cuarenta y ocho, el cual indica un nivel de depresión moderada. El cuestionario de calidad de vida indica un puntaje de siete afirmaciones y ocho negaciones, que muestran un nivel de autoestima medio.

Caso 4: PRE evaluación: La escala de Maslach (MBI), indican un puntaje de quince en el área de agotamiento emocional, dos en despersonalización y treinta y seis en realización personal todas en el rango de no afectada. El puntaje total fue de cincuenta y tres. El inventario de sintomatología de estrés (ISE) indica un puntaje de cinco en el área de síntomas físicos, cuatro en síntomas psicológicos, dos en síntomas sociales y tres en síntomas generales todos dentro del rango bajo o normal. Su puntaje total fue de catorce. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje de veintisiete, que indica ausencia de depresión. POST evaluación: La escala de Maslach (MBI) muestra un puntaje de siete en el área de agotamiento emocional, lo que muestra una reducción cuantitativa en beneficio de la participante en comparación a la pre evaluación donde su puntaje fue de quince. El área de despersonalización muestra un puntaje de cero que la ubican dentro del rango de no afección, sin embargo en la pre evaluación su puntaje fue de dos, lo que nos indica una reducción cuantitativa en beneficio de la participante. El puntaje total fue de cuarenta y ocho. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de cinco en el área de síntomas físicos, tres en síntomas psicológicos, cero en síntomas sociales y tres en síntomas generales, lo cual la ubican dentro del rango bajo o normal. Su puntaje total fue de once, el cual ha descendido en comparación al puntaje de catorce que obtuvo en el pre, favoreciendo sus áreas de síntomas psicológicos y síntomas sociales. En la escala de depresión de Zung, se obtuvo un puntaje total de veintisiete, indicando ausencia de depresión, aquí su puntaje no varió en comparación al pre. El cuestionario de calidad de vida no fue llenado por la participante.

Caso 5: Evaluación PRE: Escala de Maslach (MBI) indica un puntaje de ocho en el área de agotamiento emocional, dos en despersonalización y treinta y siete en realización personal, todas las áreas se ubican dentro del rango de no afectada. Su puntaje total fue de cuarenta y siete. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestran un puntaje de dos en el área de síntomas físicos, cuatro en síntomas psicológicos, cinco en síntomas sociales y dos en síntomas generales, todos dentro del rango bajo. El puntaje

total fue de trece. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de veinticinco, que la ubican dentro del rango normal. Evaluación POST: Escala de Maslach (MBI), se obtuvo un puntaje de seis en el área de agotamiento emocional, cero en despersonalización y treinta y seis en realización personal, todas las áreas dentro del rango normal. La puntuación total fue de cuarenta y dos. Vemos una diferencia cuantitativa en el PRE-POST que beneficia a la participante en las tres áreas, ya que ha incrementado sus niveles de manejo y control de estrés y autoestima. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), nos muestra una puntuación de cero en el área de síntomas físicos, uno en síntomas psicológicos, uno en síntomas sociales y cero en síntomas generales; todas las áreas dentro del rango bajo. Total de puntuación dos. Llama la atención observar una diferencia cuantitativa muy significativa al compara el puntaje del PRE-POST, donde en el pre se obtuvo una puntuación de trece. Escala de depresión de Zung, se obtuvo una puntuación total de veinticuatro, lo que indica según la escala ausencia de depresión. En el cuestionario de calidad de vida, se obtuvo una puntuación de nueve negaciones y una afirmación, lo que indica una autoestima baja.

Caso 6: Evaluación PRE: En la escala de Maslach (MBI), se obtuvo una puntuación de diecisiete en el área de agotamiento emocional y cero en despersonalización, ambas según la escala de medición se encuentran dentro del rango de no afectada. En realización personal se obtuvo un puntaje de treinta y uno, el cual según la escala se ubica en el rango de afectación. El inventario de sintomatología de estrés (ISE) se obtuvo una puntuación de uno en síntomas físicos, cuatro en síntomas psicológicos, cero en síntomas sociales y uno en síntomas generales, todas según la escala dentro del nivel bajo. Puntaje total seis. En la escala de depresión de Zung se obtuvo un puntaje total de veinticinco, y según la escala se encuentra ausencia de depresión. Evaluación POST: En la escala de Maslach (MBI), se obtuvo un puntaje de veintidós en el área de agotamiento emocional, cero en despersonalización y treinta y cuatro en realización personal, todas según la escala se encuentran dentro del rango de no afectada. Puntaje total de cincuenta y seis. Aunque sigue en el nivel de no afectada, vale la pena observar que en el post su porcentaje se ha incrementado de forma negativa en el área de agotamiento emocional y ha mejorado en su área de realización personal. Con el inventario de sintomatología de estrés (ISE), se obtuvo un puntaje de cero en el área de síntomas físicos, cuatro en síntomas psicológicos, uno en síntomas sociales y uno en síntomas generales; todas las áreas dentro del rango bajo según la escala. Puntaje total de seis, al igual que en el pre. Escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de veintisiete, indicando según la escala ausencia de depresión, aunque sigue en el nivel de ausencia de depresión vale la pena observar que en el post su puntaje se incremento por dos puntos, lo cual es un mal pronóstico para la participante. El cuestionario de calidad de vida, indica seis afirmaciones y nueve negaciones, mostrando un nivel de autoestima bajo.

Caso 7: PRE evaluación: La escala de Maslach (MBI), indica un puntaje de veinte en el área de agotamiento emocional, cero en despersonalización, ambas áreas ubicadas según la escala en el rango de no afectada. Mientras que en realización personal se obtuvo un puntaje de treinta y uno, que la ubica según la escala en el rango de afectada. Puntaje total cincuenta y uno. Con el inventario de sintomatología de estrés (ISE) obtuvimos un puntaje de cuatro en síntomas físicos, cinco en síntomas psicológicos, cinco en síntomas

sociales y cero en síntomas generales, ubicándola según la escala en el rango bajo. Puntaje total de catorce. La escala de depresión de Zung, indica un porcentaje total de treinta, ubicándola según la escala un nivel de depresión leve. Evaluación POST: Con la escala de Maslach (MBI) se obtuvo un puntaje de quince en el área de agotamiento emocional y uno en despersonalización, ambas áreas según la escala se encuentran en un nivel de no afectada; mientras que en el área de realización personal se obtuvo un puntaje de veintisiete, ubicándola según la escala en el nivel de afectada. Puntaje total cuarenta y tres, variando su puntuación en comparación al pre en las áreas de agotamiento emocional, con una disminución de cinco puntos, despersonalización con una disminución de uno a cero y realización personal con un incremento de cuatro puntos, indicando efectos positivos en la participante. Inventario de sintomatología de estrés (ISE) muestra un puntaje de cero en síntomas físicos, seis en síntomas psicológicos, tres en síntomas sociales y cero en síntomas generales, todas estas áreas se ubican según la escala en un nivel bajo. Puntaje total nueve, mejorando todas sus áreas con una diferencia de cinco puntos en comparación al pre. Con la escala de depresión de Zung, se obtuvo un puntaje total de treinta y ocho, que indica según la escala depresión leve, incrementando ocho puntos en comparación al pre, lo cual muestra que su nivel de depresión se ha incrementado. El cuestionario de calidad de vida indica un puntaje de diez afirmaciones y cinco negaciones, lo que indica un nivel de autoestima alto.

Caso 8: Evaluación PRE: La escala de Maslach (MBI) muestra un puntaje de dieciocho en el área de agotamiento emocional y dos en despersonalización, ambas dentro del rango de no afectada según la escala. En el área de realización personal se obtuvo un puntaje de treinta, situándola en el área de afectada según la escala. Puntaje total cincuenta. El inventario de sintomatología de estrés (ISE) muestra un puntaje de seis en síntomas físicos, que la ubican en el nivel medio de afección según la escala. En síntomas psicológicos un puntaje de veinte, según la escala en nivel medio de afección, en síntomas sociales un puntaje de ocho que la sitúan en un nivel medio de afección y por último en síntomas generales un puntaje de uno que se sitúa en el nivel bajo. Puntaje total: Treinta y cinco. Con la escala de depresión de Zung, obtuvimos un puntaje total de veinticinco que indica ausencia de depresión. Evaluación POST: Escala de Maslach (MBI) mostró un puntaje de dieciséis en el área de agotamiento emocional, tres en despersonalización y treinta y seis en realización personal; la escala indica que todas las áreas no se encuentran afectadas. En comparación con la pre evaluación la participante muestra cambios favorable en los niveles de agotamiento emocional, el cual disminuyó dos puntos, mientras que en despersonalización se incremento un punto, en realización personal se obtuvo un puntaje de treinta y seis que la ubican dentro del nivel de afectada según la escala. En comparación al pre, esta área se incrementó seis puntos, indicando que su sentimiento de realización personal se incremento en el post. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de seis en el área de síntomas físicos, doce en síntomas psicológicos, seis en síntomas sociales, estas tres áreas se ubican dentro del rango medio de afección según la escala. Uno punto en síntomas generales que indica un nivel bajo en la escala, siendo el mismo en la pre evaluación. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de cuarenta y un puntos, que la ubican en un rango de depresión leve, el nivel se incrementó en comparación a la pre evaluación donde se obtuvo un puntaje de veinticinco puntos que se encuentran en el rango normal. El

cuestionario de calidad de vida, indica un total de once afirmaciones y cuatro negaciones que indican un nivel de autoestima alto.

Caso 9: Escala de Maslach (MBI), muestra un total de veintiséis puntos en el área de agotamiento emocional y seis en el de despersonalización, ambos en un rango de no afectación según la escala. En el área de realización personal se obtuvo un puntaje de veintitrés que la ubican en el rango de afectada según la escala. Puntaje total 55. El inventario de sintomatología de estrés (ISE) indica un puntaje de diecinueve en el área de síntomas físicos. Veintiuno en síntomas psicológicos y trece en síntomas sociales, las tres áreas están ubicadas en el nivel de afectación alta según la escala de medición. En el área de síntomas generales se obtuvo una puntuación de cuatro que indican un nivel bajo según la escala. Puntaje total 57. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de veintiocho que indica ausencia de depresión. Evaluación POST: En la escala de Maslach (MBI) se obtuvo veinticinco puntos en el área de agotamiento emocional y siete en despersonalización, ambas áreas ubicadas en el rango de no afectadas. Sin embargo en comparación al pre, el área de agotamiento emocional disminuyó de 26 a 25, mientras que el área de despersonalización se incrementó de 6 puntos a 7. En el área de realización personal se obtuvo un puntaje de veintinueve, que la ubican dentro del rango de afectada. En esta área se obtuvo un incremento de seis puntos en comparación al pre, lo cual indica una elevación positiva en el sentimiento de realización personal. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de quince en el área de síntomas físicos, que la ubican dentro del rango de alto nivel de afecciones física. En comparación al pre esta área disminuyó de 19 a 15, en el post. El área de síntomas psicológicos un puntaje de diecinueve que indican un nivel de afectación media. En comparación con el pre, en esta área se disminuyó de 21 a 19, o sea de un nivel alto se redujo a un nivel medio. El área de síntomas sociales un puntaje de doce que según la escala se ubican en un nivel alto de afectación, encontrándose un descenso consistente en un punto en comparación al pre. En síntomas generales se obtuvo cuatro puntos, que según la escala se ubica en el rango bajo. En comparación al pre esta puntuación se mantuvo. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de veintitrés que indica ausencia de depresión según la escala. En comparación al pre, el puntaje disminuyó de 28 a 23, lo cual es positivo para la participante. El cuestionario de calidad de vida indica un total de siete afirmaciones y ocho negaciones que refieren un nivel de autoestima normal. La escala de calidad de vida indica un total de siete afirmaciones y ocho negaciones, lo que indica un nivel de autoestima medio.

Caso 10: PRE evaluación: Escala de Maslach (MBI), indica un puntaje de veintisiete en el área de agotamiento emocional, cinco en despersonalización y nueve en realización personal, en las tres áreas se indica no estar afectada según la escala de medición. Puntaje total cuarenta y uno. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), indica un puntaje de catorce en el área de síntomas físicos, que la ubican en un nivel alto de alteraciones físicas según la escala. En síntomas psicológicos se obtuvo un puntaje de veintitrés, lo cual indica un nivel de afectación alta según la escala. En síntomas sociales se obtuvo una puntuación de diez, que la ubican en el rango de afectación alta según la escala. En síntomas generales se obtuvo un punto, que indica un nivel bajo según la escala. Puntaje total 48. Escala de depresión de Zung, muestra un puntaje

total de 18 que indica ausencia de depresión según la escala. Evaluación POST: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de veinticuatro en el área de agotamiento emocional y seis en despersonalización, ambas en niveles no afectados según la escala. En realización personal se obtuvo diez puntos, que indican estar afectada, según la escala. Puntaje total 40. En comparación con el pre, el puntaje disminuyó en las áreas de agotamiento emocional de 27 a 24. En despersonalización de 6 a 5 y en realización personal de 10 a 9. Esto muestra que la participante ha mejorado cuantitativamente en lo que se refiere a manejo y control de estrés. El inventario de sintomatología de estrés (ISE) muestra un puntaje de diez en el área de síntomas físicos, que la ubican en un nivel alto de afección. Mientras que en el pre, su puntaje fue de 14, indicando un descenso de 4 puntos en el post. En síntomas psicológicos un puntaje de diecisiete que indican un nivel medio de afección. En relación al pre es esta área su puntaje disminuyó de 23 a 17. En el área de síntomas sociales se obtuvo un puntaje de cinco que la ubican en un nivel bajo de afección, esta área en comparación al pre su puntaje disminuyó de 10 a 5, lo que muestra un beneficio para la participante. En síntomas generales un punto, indicando estar ubicada en un nivel bajo según la escala, en esta área en comparación al pre su nivel se mantuvo. Puntaje total 33. En la escala de depresión de Zung, se obtuvo un puntaje total de 20 que indica ausencia de depresión. En comparación al pre, es importante observar que la participante incrementó dos puntos en el post, o sea de 18 a 20. El cuestionario de calidad de vida nos indica un total de nueve afirmaciones y seis negaciones, indicando un nivel de autoestima alta.

Caso 11: PRE evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de veintitrés en el área de agotamiento emocional, y cuatro en despersonalización, ambas áreas indican no tener afección según la escala. Mientras que en realización personal se encuentra con un puntaje de treinta y tres, indicando estar afectada según la escala. Puntaje total 60. El inventario de sintomatología de estrés (ISE) indica un puntaje de dieciocho en síntomas físicos, veintiséis en síntomas psicológicos y diecisiete en síntomas sociales, indicando que las tres áreas se encuentran en un nivel de afección alto. Mientras que en síntomas generales se obtuvo un puntaje de once, ubicándola en un nivel bajo. Puntaje total 72. En la escala de depresión de Zung se obtuvo un puntaje total de treinta y uno, que la ubica en un nivel de depresión leve. En la POST evaluación: La escala de Maslach (MBI) muestra un puntaje de diecinueve en el área de agotamiento emocional, en despersonalización cuatro y en realización personal treinta y cinco, las tres áreas indican no estar afectadas, según la escala. Es importante hacer notar la disminución del puntaje en el área de agotamiento emocional, el que varió de 23 a 19 en comparación con el pre. En despersonalización su puntaje se mantuvo igual, pero en realización personal su puntaje aumentó de 33 a 35 en comparación con el pre, lo cual es positivo para la participante. Puntaje total 58. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de diecisiete en el área de síntomas físicos, el cual varió en comparación al pre de 18 a 17; veintiuno en síntomas psicológicos, obteniéndose una variante 26 a 21 en comparación al pre y doce en síntomas sociales, indicando que las tres áreas se encuentran en un nivel de afección alta según la escala. Mientras que en el área de síntomas generales, se obtuvo un nivel normal con un puntaje de ocho. Puntaje total de 58. La escala de depresión de Zung, indica un puntaje total de treinta y cuatro, que la ubican en un nivel de depresión leve. Es importante hacer notar que el puntaje de la participante se ha incrementado cuantitativamente de 31 a 34 en

comparación al pre. La escala de calidad de vida indica un puntaje de once positivas y cuatro negativas, lo que indica un nivel de autoestima alta.

Caso 12: PRE evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de veintidós en el área de agotamiento emocional y seis en despersonalización, ambas en un nivel no afectada. En realización personal se obtuvo un puntaje de veinticinco, que indican estar afectada. Puntaje total de 53. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje total de siete en el área de síntomas físicos que la ubican en un nivel de afección media, y un puntaje de veinte en el área de síntomas psicológicos y diez en síntomas sociales, indicando que las dos áreas se ubican en un nivel de afección alta según la escala. En síntomas generales se encontró un puntaje de cinco que indica un nivel bajo. Puntaje total de 42. La escala de depresión de Zung, muestra un total de 18 puntos que indica ausencia de depresión. POST evaluación: Escala de Maslach (MBI) indican un puntaje de dieciocho en el área de agotamiento emocional y trece en despersonalización, indicando que ambas no se encuentran afectadas, según la escala. En comparación al pre, estas dos áreas variaron su puntaje en AE 22 a 18 que indican beneficio para la participante al disminuir su grado de agotamiento físico. En despersonalización su puntaje varió de 6 a 13 en el post, indicando un incremento en el grado de insensibilidad, lo cual es muy importante para su trabajo y quienes le rodean. Mientras que en el área de realización personal, se obtuvo un puntaje de veintisiete que indica estar afectada, según la escala. En relación al pre las puntuaciones variaron en esta área de 25 a 27 en el post, indicando un beneficio al incrementarse su grado de satisfacción en RP. El inventario de sintomatología de estrés (ISE) muestra un puntaje de ocho en el área de síntomas físicos, diecinueve en síntomas psicológicos y ocho en síntomas sociales, los que indican que las tres áreas se encuentran en un nivel de afección media, según la escala. En el área de síntomas generales se obtuvo una puntuación de tres, que indican un nivel bajo según la escala. Puntaje total 38. En relación al pre, se obtuvieron variables en síntomas físicos de 7 a 8 en el post, lo que indica un leve incremento de afección en esta área; mientras que en SP, su puntaje varió de 20 a 19 en el post, lo cual beneficia a la participante. En SS, su puntaje varió de 10 a 8, y por último el área de SG varió de 5 a 3 en el post. En la escala de depresión de Zung, se obtuvo un total de 25 puntos que indican ausencia de depresión. En relación al pre su porcentaje se incremento 7 puntos en el post, lo cual es un indicador negativo para la participante, ya que de seguir incrementándose puede llegar a estar ubicada en un nivel de afección. El cuestionario de calidad de vida, indica doce afirmaciones y tres negaciones, lo cual la ubica en un nivel de autoestima alto.

Caso 13: PRE evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de diecisiete en el área de agotamiento emocional y ocho en despersonalización que indican que ambas no están afectadas. Mientras que en realización personal se obtuvo un puntaje de treinta y tres que indica estar afectada según la escala. Puntaje total 58. El inventario de sintomatología de estrés (ISE) muestra un puntaje de nueve en el área de síntomas físicos, veinte en síntomas psicológicos y doce en síntomas sociales, lo que indica que las tres áreas se encuentran afectadas en un nivel alto. En síntomas generales su puntaje fue de cinco, ubicándose en un nivel bajo. Puntaje total 46. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de 25 que indica ausencia de

depresión. POST evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de veinticinco en el área de agotamiento emocional y nueve en despersonalización, indicando que ambas no se encuentran afectadas. Mientras que en el área de realización personal se obtuvo un puntaje de veintinueve, indicando estar afectada. Puntaje total 63. En comparación con el pre, en el post se encontró un incremento en el área de agotamiento emocional de 17 a 25 puntos, lo que indica un mal pronóstico en la participante. En despersonalización se encontró una diferencia de 8 en el pre y 9 en el post, siendo un proceso negativo que se está incrementando. Mientras que en realización personal su puntaje bajo de 33 a 29, siendo negativo al igual que las demás áreas. El inventario de sintomatología (ISE) muestra un puntaje de ocho en el área de síntomas físicos, que la ubican en un nivel medio de afección según la escala. En síntomas psicológicos se obtuvo un puntaje de veintiuno y once en síntomas sociales, indicando estar afectadas en un nivel alto según la escala. Mientras que en síntomas generales su puntaje fue de seis, indicando un nivel bajo de afección, según la escala. Puntaje total 46. En comparación con el pre se observa una disminución de 9 a 8 en SF, lo cual es positivo porque indica estar en un nivel menor al anterior. Un incremento de 20 a 21 en SP, que se ubican en el mismo rango anterior pero es un mal pronóstico. Disminución de 12 a 11 en SS lo que indica beneficio para la participante. El incremento de 5 a 6 en SG es un mal pronóstico para la participante porque indica estar aumentando sus niveles de afección en todas las áreas. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de 25, que indica ausencia de depresión. En comparación con el pre su puntaje se mantuvo estable.

Caso 14: PRE evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de veintiséis en el área de agotamiento emocional y dos en despersonalización, lo que indica que ambas no están afectadas. En el área de realización personal se obtuvo un puntaje de veinticuatro, que indica estar afectada. Puntaje total 52. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de quince en el área de síntomas físicos, veintitrés en síntomas psicológicos y nueve en síntomas sociales, indicando que las tres se encuentran afectadas en un nivel alto. En síntomas generales su puntaje fue de dos, lo que indica estar en un nivel bajo. Puntaje total 49. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de 24 que indica ausencia de depresión. POST evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de diecinueve en el área de agotamiento emocional y nueve en despersonalización, indicando que ambas no están afectadas. En el área de realización personal se obtuvo un puntaje de veinticuatro, que indica estar afectada según la escala. Puntaje total 52. En comparación con el pre, se obtuvo una disminución del nivel de afección en el área de AE de 26 a 19. Mientras que en despersonalización se incrementó el puntaje de 2 a 9. El puntaje de realización personal se mantuvo estable en 24. El inventario de sintomatología de estrés (ISE) indica un puntaje de dieciocho en el área de síntomas físicos, treinta y uno en síntomas psicológicos y doce en síntomas sociales, que indica que las tres están afectadas en un nivel alto. Mientras que en síntomas generales el puntaje fue de tres lo que la ubica en un nivel bajo de afección, todos según la escala. En comparación con el pre, se observa un incremento de 15 a 18 en SF, de 23 a 31 en SP, de 9 a 12 en SS y de 2 a 3 en SG. Lo que indica un incremento en todas las áreas que afectan de forma negativa la salud de la participante, con excepción del incremento en realización personal el cual es beneficioso. La escala de depresión de Zung muestra un total de 26 puntos que indican ausencia de depresión, sin embargo es importante observar que en comparación con el pre, su puntaje

muestra un incremento de 24 a 26, lo cual no es beneficioso. El inventario de calidad de vida indica un total de diez afirmaciones y cinco negaciones, que la ubican en un nivel de alta autoestima.

Caso 15: PRE evaluación: En la escala de Maslach (MBI) se obtuvo un puntaje de veintiuno en el área de agotamiento emocional y cero en despersonalización, lo que indica que ambas no están afectadas. En realización personal se obtuvo un puntaje de veinticuatro, que indica estar afectada. Puntaje total 45. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de seis en el área de síntomas físicos, catorce en síntomas psicológicos y seis en síntomas sociales, las tres se encuentran afectadas en un nivel medio. En síntomas generales su puntaje fue de dos, ubicándose en un nivel bajo de afección según la escala. Puntaje total 28. La escala de depresión de Zung, muestra un total de 24 puntos que indican ausencia de depresión. POST evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de diecinueve en el área de agotamiento emocional y cero en despersonalización, lo que indica que ambas no están afectadas. En el área de realización personal se obtuvo un puntaje de veinticinco que muestra estar afectada, según la escala. Puntaje total 44. En comparación con el pre, la participante disminuyó su nivel de agotamiento físico de 21 a 19. En despersonalización se mantuvo el mismo puntaje. En realización personal se incrementó de 24 a 25, lo cual es beneficioso en esta área. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de ocho en el área de síntomas físicos, trece en síntomas psicológicos y seis en síntomas sociales, las tres áreas están ubicadas en un nivel medio de afección. En síntomas generales se obtuvo un puntaje de dos, que indica un nivel bajo de afección. Puntaje total 29. En comparación con el pre el puntaje en SF se incrementó de 6 a 8, lo cual es un mal indicador. En SP su puntaje disminuyó de 14 a 13, mientras que en SS su puntaje se mantuvo, al igual que en SG. Con la escala de depresión de Zung, se obtuvo un total de 26 puntos que indican ausencia de depresión. Es importante observar que en comparación con el pre, su puntaje se incrementó de 24 a 26. El cuestionario de evaluación de calidad de vida, indica un total de 9 afirmaciones y 6 negaciones, lo que la ubica en un nivel de alta autoestima.

Caso 16: PRE evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de 21 en el área de agotamiento emocional y cero en despersonalización, las que indican no estar afectadas. En realización personal su puntaje fue de 31 lo que indica estar afectada. Puntaje total 52. Inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de uno en síntomas físicos, cuatro en síntomas psicológicos, cero en síntomas sociales y cero en síntomas generales, lo que las ubica en un nivel bajo de afección. Puntaje total 5. Escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de 23 que indica ausencia de depresión. POST evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de 17 en agotamiento emocional y cero en despersonalización, lo que indica que ambas no están afectadas. Mientras que en realización personal se obtuvo un puntaje de 30 que indica estar afectada. En comparación con el pre, se vio una disminución en el puntaje de AE de 21 a 17, en despersonalización se mantuvo su puntaje, en realización personal disminuyó de 31 a 30, lo que es negativo en esta área. En el inventario de sintomatología de estrés (ISE) se obtuvo un puntaje de cero en síntomas físicos, tres en síntomas psicológicos, cero en síntomas sociales y cero en síntomas generales, lo que las ubica en un nivel bajo. Puntaje total 3. En comparación con el pre, los niveles de puntuación disminuyeron

en SF de 1 a 0, en SP de 4 a 3, en SS y síntomas generales su puntuación se mantuvo. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de 20, que indica ausencia de depresión. En comparación al pre su puntaje disminuyó de 23 a 20. El cuestionario de calidad de vida muestra un total de 4 afirmaciones y 11 negaciones, lo que indica un nivel de autoestima bajo.

Caso 17: PRE evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de 17 en el área de agotamiento emocional, cero en despersonalización y 37 en realización personal; lo que indica que las tres no están afectadas. Puntaje total 54. Inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de dos en síntomas físicos, 9 en síntomas psicológicos, 4 en síntomas sociales y 3 en síntomas generales, lo que indica no estar afectada. Puntaje total 18. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de 30 que indica depresión leve. POST evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de 11 en el área de agotamiento emocional y cero en despersonalización que indican no estar afectadas. Mientras que en el área de realización personal se obtuvo un puntaje de 30 que indica estar afectada. En comparación al pre se puede observar una disminución de 17 a 11 en AE, en despersonalización su puntaje se mantuvo igual, en realización personal su puntaje disminuyó de 37 a 30 lo que indica estar afectada en comparación al post. El inventario de sintomatología de estrés (ISE) muestra un puntaje de 1 en síntomas físicos, 7 en síntomas psicológicos, 3 en síntomas sociales y 1 en síntomas generales, lo que indica un nivel bajo de afección. Puntaje total 12. En comparación al pre su puntaje disminuyó de 2 a 1 en SF, de 9 a 7 en SP. En el área de SS su puntaje disminuyó de 4 a 3, lo cual es un mal indicador. En síntomas generales su puntaje disminuyó de 3 a 1 observándose una mejoría cuantitativa. En la escala de Zung se obtuvo un puntaje total de 27 que indica ausencia de depresión. En comparación al pre su puntaje disminuyó de 30 a 27, lo cual indica que su nivel de depresión leve fue superado. El cuestionario de calidad de vida muestra un total de 9 afirmaciones y 6 negaciones, lo que indica un nivel de autoestima alto.

Caso 18: PRE evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de 20 en agotamiento emocional, 10 en despersonalización, indicando que ambas áreas no se encuentran afectadas, mientras que en el área de realización personal se obtuvo un puntaje de 29, que indica estar afectada. Puntaje total 59. El inventario de sintomatología de estrés (ISE) muestra un puntaje de 11 en síntomas físicos que indican estar en un nivel alto de afección. En síntomas psicológicos se obtuvo un puntaje de 14 y en síntomas sociales 9, los que indican estar en un nivel medio de afección. En síntomas generales el puntaje obtenido fue de 3, ubicado en un nivel bajo, según la escala. Puntaje total 37. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de 24 que indica ausencia de depresión. POST evaluación: Escala de Maslach (MBI), no muestra un puntaje de 14 en el área de agotamiento emocional y 11 en despersonalización, ambas se encuentran en un rango no afectado según la escala. Mientras que en el área de realización personal el puntaje fue de 27, lo que indica estar afectada según la escala. Puntaje total 52. En comparación con el pre, se encuentra una varianza cuantitativa en las áreas de AE de 20 a 14, lo que indica que la participante está menos agotada en esta área. En despersonalización el puntaje se incrementó de 10 a 11. En realización personal de 29 a 27. Inventario de sintomatología de estrés (ISE) muestra un puntaje de 9 en síntomas físicos que la ubica en un nivel de

afección alta, según la escala. En síntomas psicológicos 13 y en síntomas sociales 6, ambas en un nivel de afección media según la escala. Síntomas generales 3 puntos que indican no afectada, según la escala. Puntaje total de 31. En comparación al pre se obtuvo una varianza de 11 a 9 en SF, 14 a 13 en SP, 9 a 6 en SS, los cuales son un indicador positivo para la participante. Su puntaje en el área de SG se mantuvo estable. La escala de Zung, muestra un puntaje total de 29 que indica depresión leve. En comparación al pre su nivel de depresión varió ubicándola de ausencia a un nivel leve.

Caso 19: PRE evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de 12 en el área de agotamiento emocional y cero en despersonalización, lo que indica no estar afectadas. En realización personal se obtuvo un puntaje de 27 que indican estar afectada. Puntaje total 39. Inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de 8 en el área de síntomas físicos y 16 en síntomas sociales, lo que indica un nivel de afección medio según la escala. El área de síntomas sociales obtuvo un puntaje de 14 que indica un nivel alto de afección según la escala. Finalmente en síntomas generales su puntaje fue de 4, indicando un nivel bajo. Puntaje total 42. Con la escala de depresión de Zung se obtuvo un puntaje total de 16 que indica ausencia de depresión. POST evaluación: La escala de Maslach (MBI) muestra un puntaje de 12 en el área de agotamiento emocional y 2 en despersonalización, lo que indica que no está afectada. Mientras que en realización personal se obtuvo un puntaje de 27 que muestra estar afectada. Puntaje total 41. En comparación al pre su puntaje se mantuvo estable, con excepción del área de despersonalización que varió de 0 a 2. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de 2 en el área de síntomas físicos, 5 en síntomas psicológicos, 4 en síntomas sociales y 1 en síntomas generales; todos se encuentran dentro del rango bajo. En relación al pre, su puntaje varió en SF de 8 a 2, en SP de 16 a 5, en SS de 14 a 4 y en SG de 4 a 1. Todas estas varianzas benefician a la participante, con excepción del área de SG que indica no sentirse bien. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de 16 que indica ausencia de depresión. En comparación al pre su puntaje se mantuvo estable. El cuestionario de calidad de vida muestra un puntaje de 13 afirmaciones y 2 negaciones, indicando un nivel alto de autoestima.

Caso 20: PRE evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de 23 en el área de agotamiento emocional, 4 en despersonalización y 34 en realización; todas indican no estar afectadas. Puntaje total 61. Inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de 14 en síntomas físicos, que indica un nivel alto de afección según la escala. En síntomas psicológicos se obtuvieron 10 puntos, que indican un rango bajo, en síntomas sociales 6 que indican un nivel de afección media, según la escala. Mientras que en síntomas generales se obtuvo 4 que indica estar en un nivel bajo según la escala. POST evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de 23 en el área de agotamiento emocional y 1 en despersonalización, ambas indican no estar afectadas. En realización personal se obtuvo un puntaje de 33 que indica estar afectada. Puntaje total 57. En comparación al pre su puntaje varió en las áreas de Despersonalización de 4 a 1, en RP de 34 a 33. Inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de 14 en el área de síntomas físicos, que indica estar en un nivel alto de afección. En Síntomas psicológicos 10 los que están en un rango bajo. En síntomas sociales 6 que indican un nivel de afección media

y en síntomas generales 4 puntos que la ubican dentro de un rango bajo según la escala. Puntaje total 61. La escala de depresión de Zung, indica un puntaje total de 23 que indica ausencia de depresión. POST evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de 23 en el área de agotamiento emocional y 1 en despersonalización, ambas indican no estar afectadas. En realización personal 33 lo que indica estar afectada. Puntaje total 57. En comparación al pre se obtuvo una diferencia en el área de despersonalización de 4 a 1, las áreas de AE y RP se mantienen estables su puntuación. Inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de 14 en el área de síntomas físicos, que se ubican en un nivel de afección alta, según la escala. El área de síntomas psicológicos se obtuvo un puntaje de 10 que indica un nivel bajo, según la escala. Mientras que en síntomas sociales podemos ver un puntaje de 6 que se ubican en un rango medio. En síntomas generales su puntaje fue de 4 los que la ubican en un rango bajo según la escala. La escala de Zung muestra un puntaje total de 23 que indica ausencia de depresión. En comparación al pre las puntuaciones variaron en las áreas de despersonalización de 4 a 1. en el Maslach. En el ISE en SF de 14 a 10, en SP y en SS se mantuvo su puntaje, en SG de 4 a 3. Es importante observar que en la escala de Zung se incrementó levemente de 23 a 24.

Caso 21: PRE evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de 15 en el área de agotamiento emocional y 2 en despersonalización, lo que indica no estar afectada. En el área de realización personal se obtuvo un puntaje de 30 que indica estar afectada según la escala. Puntaje total 47. El inventario de sintomatología de estrés se obtuvieron un puntaje de 4 en el área de síntomas físicos y 7 en síntomas psicológicos que indican un nivel bajo según la escala. En síntomas sociales se obtuvo un puntaje de 6 que indica un nivel medio de afección según la escala y en síntomas generales 2 puntos situándola en un nivel bajo, según la escala. Puntaje total 19. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de 21 indicando ausencia de depresión. POST evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de 8 en agotamiento emocional y 7 en despersonalización 7, lo que indica que ambas áreas no están afectadas. En realización personal se obtuvo un puntaje de 31 que indica estar afectada según la escala. Puntaje total 46. El inventario de sintomatología de estrés (ISE) muestra un puntaje de 1 en el área de síntomas físicos y 5 en síntomas psicológicos, lo que indica que ambas están en un nivel bajo, según la escala. En síntomas sociales se obtuvo un puntaje de 6 que la ubica en un nivel medio de afección, según la escala. En síntomas generales se obtuvo 1 punto, lo que la ubica en un nivel bajo, según la escala. Puntaje total 13. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de 21 que indica ausencia de depresión, según la escala. El cuestionario de calidad de vida indica un total de 4 afirmaciones y 11 negaciones, lo que indica baja autoestima. En comparación al pre se observan diferencias en la escala de Maslach, en las áreas de AE de 15 a 8, lo que indica una reducción positiva para la participante. En despersonalización varía de 2 a 7, lo que indica un incremento negativo. En el área de RP, varió de 30 a 31, incrementándose su nivel de satisfacción, lo que es positivo para la participante. En el ISE las puntuaciones variaron en comparación con el pre, en las áreas de SF de 4 a 1, mostrando una disminución positiva para la salud de la participante. En SP disminuyó de 7 a 5 siendo positiva. En SS, se mantuvo estable su puntuación, mientras que en SG varió de 2 a 1, indicando una disminución positiva para la salud de la participante. En la escala de depresión de Zung, su puntaje de 21 se mantuvo estable.

Caso 22: PRE evaluación: Escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de 15 en el área de agotamiento emocional, 6 en despersonalización y 35 en realización personal las cuales según la escala no se encuentran afectadas. Puntaje total 56. Inventario de sintomatología de estrés (ISE), indica un puntaje de 7 en síntomas físicos, 13 en síntomas psicológicos y 6 en síntomas sociales, las que se ubican en un nivel de afección media; mientras que en el área de síntomas generales se obtuvo un puntaje de 1, indicando que se encuentra en nivel bajo, según la escala. Puntaje total 27. La escala de depresión de Zung, muestra un total de 26 puntos que indican ausencia de depresión, según la escala. POST evaluación: Escala de Maslach (MBI), mostró un puntaje de 19 en el área de agotamiento emocional, 1 en despersonalización y 36 en realización personal, indicando que todas las áreas se ubican en un nivel no afectado. Puntaje total 56. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de 9 en el área de síntomas físicos, indicando un nivel medio de afección, en síntomas psicológicos 18 que la ubican en un nivel medio según la escala, en síntomas sociales 11, que indica un nivel bajo según la escala. La escala de depresión de Zung, muestra un total de 26 que indica ausencia de depresión, según la escala. El cuestionario de calidad de vida muestra un total de 5 afirmaciones y 10 negaciones, lo que indica un nivel de autoestima baja. En comparación con el pre, el puntaje del Maslach varió en las áreas de AE, de 15 a 19, indicando un aumento del agotamiento emocional en la participante. En despersonalización de 6 a 1, LO que indica una mejoría sustancial en esta área. Mientras que en realización personal de 35 a 36 puntos, lo que indica una variante leve pero positiva.

Caso 23: PRE evaluación: En la escala de Maslach (MBI), se obtiene un puntaje de 8 en el área de agotamiento emocional y en despersonalización 2, indicando que ambas no se encuentran afectadas. Mientras que en realización personal se obtuvo un puntaje de 12 que indica estar afectada. Con el inventario de sintomatología de estrés (ISE), se obtuvo un puntaje de 3 en síntomas físicos, ubicados en el nivel bajo, según la escala. En síntomas psicológicos se obtuvieron 12 puntos que se ubican en el nivel medio; en síntomas sociales 3 y en síntomas generales 5, indicando que ambas áreas se encuentran en un nivel bajo según la escala. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de 25 que indica ausencia de depresión. POST evaluación: La escala de Maslach (MBI), muestra un puntaje de 10 en agotamiento emocional, y 7 en despersonalización, ambas indican no estar afectadas; mientras en realización personal se obtiene un puntaje de 30 que indica estar afectada, según la escala. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra un puntaje de 1 en el área de síntomas físicos, que se ubican en un nivel bajo según la escala. En síntomas psicológicos se obtuvo una puntuación de 16 que indica estar en el nivel medio de afección. En síntomas sociales se observa un puntaje de 4 y en síntomas generales 0, los que indican estar en un nivel bajo, según la escala. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de 29 que indica un nivel de depresión leve. El cuestionario de calidad de vida muestra un total de 6 afirmaciones y 9 negaciones, lo que indica una baja autoestima. En comparación con el pre, se observan diferencias en la puntuación, del Maslach en el área de AE se dio una diferencia de 8 a 10, que indican un incremento en la afección de esta área. En despersonalización de 2 a 7, lo que indica un incremento en la afección de esta área. En RP el puntaje vario de 12 a 30, lo que indica un mayor grado de sentimientos de autorrealización en la persona. En el ISE el puntaje

vario en SF de 3 a 1 lo que indica un mejor estado físico. En SP una diferencia de 12 a 16, que muestra un incremento cuantitativo de afección en el área psicológica. En SS muestra una diferencia de 3 a 4, con efectos negativos para la persona en sus relaciones interpersonales. En SG de 0 a 5, lo que muestra un incremento negativo de afección en todas las áreas. El Zung, muestra una diferencia de 23 a 25 a 29 lo que indica que su estado de depresión ha avanzado a un nivel leve.

Caso 24: PRE evaluación: La escala de Maslach (MBI) muestra una puntuación de 14 en el área de agotamiento emocional, 1 en despersonalización y 36 en realización personal; lo que indica no estar afectada. En el inventario de sintomatología (ISE) se obtuvo una puntuación de 12 en el área de síntomas físicos, que indica un nivel alto de afección. En síntomas psicológicos 17 ubicada en un nivel medio. En síntomas sociales un puntaje de 10 que indica un nivel de afección alto, y en síntomas generales 4 ubicados en un nivel bajo, según la escala. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de 24 que indica ausencia de depresión. POST evaluación: Con la escala de Maslach (MBI), se obtuvo un puntaje de 19 en agotamiento emocional, 1 en despersonalización y 36 en realización personal; indicando que todas las áreas no se encuentran afectadas. El inventario de sintomatología de estrés (ISE), muestra una puntuación de 14 en el área de síntomas físicos, ubicados en el nivel alto de afección, según la escala. En síntomas psicológicos un puntaje de 18, ubicados en el nivel medio. En síntomas sociales 11, ubicados en un nivel alto, y en síntomas generales un puntaje de 6 que indica un nivel bajo. La escala de depresión de Zung, muestra un puntaje total de 26, que indica ausencia de depresión. El cuestionario de calidad de vida, muestra 5 puntuaciones positivas y 10 negativas que indican baja autoestima. En comparación con el pre, se observan las siguientes variaciones en las puntuaciones. En el Maslach, en de 14 a 19 en AE; en despersonalización y RP se mantuvo en los puntaje.

A través de las evaluaciones que se realizaron en los talleres de prevención y anejo de estrés y autoestima, se concluye que los talleres han sido de gran beneficio para la mayoría de las docentes que participaron en los PRE-POST, por haberse observado en los resultados de las escalas de evaluación que realizaron que la mayoría de las participantes sufre problemas relacionados con el síndrome de *burnout*, como son las áreas sociales, psicológicos y personales; dentro de estas áreas podemos mencionar las siguientes: estrés, autoestima, relaciones interpersonales y despersonalización. Encontrándose gran beneficio en la disminución del grado de afección de estas áreas en las participantes y atribuyéndose a las herramientas proporcionadas durante los talleres.

V. DISCUSIÓN

Hemos planteado que el *burnout*, es un síndrome que se desarrolla en las personas como resultado del continuo estrés laboral y que provoca efectos adversos en la salud, las relaciones laborales y sociales. También se expone que el síndrome se va desarrollando de forma silenciosa y lleva a la persona a sentirse agotada emocionalmente, despersonalizada y con sentimientos de escasa realización.

Al referirnos a la docencia, reconocemos que es una de las profesiones más nobles de ejercer, por lo que creímos importante resaltar también, que es una de las carreras más difíciles y exigentes, ya que las docentes requieren estar capacitándose constantemente en diversas áreas que van desde la tecnología, hasta las variadas metodologías de enseñanza que se utilizan actualmente para estar al día en sus conocimientos y poder lograr un desempeño exitoso en beneficio de su carrera y logros que deseen alcanzar tanto con su alumnado como en su vida profesional. Impartir los conocimientos a través de una interacción positiva, con iniciativa y métodos actualizados basados en la percepción oral y escrita, que requieren técnicas que van desde la exposición, el apoyo de textos, participación y dinámicas de grupos; son actividades que requieren que la docente cuente con múltiples habilidades para poder interactuar, resolver conflicto de forma positiva, ser tolerante, comprensiva en la medida de lo posible, incluyente y aceptar a las personas que asisten al aula, y quienes llevan consigo un cúmulo de variadas experiencias que han ido marcando rasgos diferentes en la personalidad de cada miembro del claustro estudiantil. Es por esto que la docente requiere tener consigo habilidades especiales para interactuar de forma positiva y poder llevar a cabo un ejercicio pleno y exitoso en su carrera y lograr que los estudiantes asimilen al máximo los conocimientos que les imparte, los cuales deben estar basados en lo que cada curso requiere para alcanzar las metas deseadas del alumnado y de la institución, sin olvidar que ella es una persona que necesita llenar sus necesidades básicas para llevar una vida plena y de calidad. Podemos concluir que todos estos requisitos, hacen que las docentes estén clasificadas dentro de los grupos con un alto grado de vulnerabilidad ante el *burnout*, con un riesgo mayor las docentes con personalidad tipo “A”.

Con el avance científico de nuestros días, las herramientas de la docencia han evolucionado y se han desarrollado distintos canales para hacer llegar los conocimientos al alumnado, ya no son las herramientas tradicionales de antaño, cuando lo que se utilizaba era la tiza, la pizarra y el libro. En la actualidad se utilizan radios, cuyo contenido incluye casetera y CDs, sin olvidar también los audios, videos, computadoras etc., todo para lograr un proceso de comunicación con el propósito de presentar a las y los alumnos de forma sistemática los hechos más importantes que se relacionan con sus estudios, las ideas, técnicas y habilidades que conforman el conocimiento humano y que varían en función del curso o la carrera que la persona esté cursando. Así, contamos con programas que van desde ver una película para ejemplificar casos, retroproyectores, cañoneras para exponer temas, y el uso adecuado de programas de estadísticas que

requieren un conocimiento alto del manejo y control de la computadora y los programas de la misma, cuyo contenido en la actualidad, se mantiene en constante cambio y evolución día tras día.

El avance de estas herramientas requiere que las docentes estén capacitadas para superar la brecha de los nuevos sistemas didácticos e innovaciones que se necesitan en la actualidad para poder diseñar nuevos programas interactivos y adaptados a la reforma curricular actual basados en las normas que la institución exija. Cuando las exigencias de la actualidad limitan el tiempo, espacio y actividades de ocio que se requieren para mantener la calidad de vida en las personas, es cuando el síndrome de *burnout* hace su aparición y se va desarrollando de forma silenciosa, hasta hacerse crónico. La persona que lo padezca, tendrá que recibir atención profesional, multidisciplinaria y prolongada, las cuales exigen altos costos económicos, psicológicos, sociales y familiares y puede llevarla incluso a padecer deficiencias físicas, neurológicas o incluso la muerte.

Inicialmente, la persona experimentará que algo en ella no está funcionando bien y se esforzará por tratar de controlar y manejar sus niveles altos de estrés sin lograrlo, esto la lleva a sentir frustración, desilusión y desmotivación para continuar alcanzado las metas por las cuales se esforzaba con anterioridad. Todos estos factores, hacen que la persona abandone su trabajo y las actividades que antes le provocaban satisfacción, llevándola al declive de sus sentimiento de auto valía y autosatisfacción, que la motivaron con anterioridad, y deteriorando su nivel de autoestima que conservaba en un nivel normal y hacían que su desempeño fuera excelente, tanto en su trabajo como con su familia y amistades, las cuales irá abandonando progresivamente, alterándose su calidad de vida no sólo a nivel personal, sino también a nivel profesional, social y familiar.

Las necesidades actuales, debido a los cambios que se viven en la sociedad mundial tanto en lo tecnológico como en la comunicación, nos motivó a considerar la importancia que tiene el promover los programas de prevención del síndrome de *burnout* en las docentes, ya que ellas no consideran su salud como un factor importante para su bienestar personal que puede afectar su labor profesional, social y familiar y menos que puedan padecerlo.

En Guatemala el conocimiento del “*Síndrome de Burnout*” es escaso, por este motivo los programas de prevención del síndrome son muy importantes porque permiten ampliar los conceptos que se tengan sobre el mismo y así las participantes pueden aclarar sus dudas sobre los diferentes aspectos que involucran los riesgos de padecerlo e identificar los síntomas previos, controlar y prevenir a través de estrategias de afrontamiento el padecimiento del mismo, en una época en la cual la mujer está cada día más incursionando en el campo laboral. Si las docentes se mantienen en un estado de desconocimiento claro y amplio sobre los informes y la prevención del *burnout*, declina no sólo su calidad de vida sino también la de su desempeño profesional tanto dentro como fuera de la institución.

Identificar los síntomas previos más frecuentes del “*Síndrome de Burnout*” en mujeres docentes y estudiantes de la Universidad del Valle de Guatemala, es muy importante porque incrementa el logro de los objetivos de las docentes y de la institución, permitiendo que su trabajo se desarrolle de forma excelente manteniendo el estatus de la U.V.G., además incrementa la identificación psicológica de sus integrantes y mejora las relaciones interpersonales tanto a nivel profesional, como familiar y social dentro y fuera de la institución.

Para lograr que las docentes obtuvieran un programa efectivo que les favoreciera no sólo en la calidad de prestación de enseñanza aprendizaje que su profesión exige, sino también en su calidad de vida, se les proporcionaron talleres de prevención, manejo y control de estrés, calidad de vida y autoestima. Estos nos llevaron a revisar y elegir un enfoque eficaz, por la importancia que tiene el poder lograr los objetivos que se deseaban. Fue así como se optó por impartir dos talleres de capacitación, que incluyeron información y estrategias de modificación cognitiva-conductual, por ser el enfoque con el cual se están obteniendo en la actualidad los mejores logros en el manejo y la prevención de múltiples afecciones no sólo físicas y psicológicas sino también en lo que se refiere al área de sanidad interna o espiritual.

Los talleres incluyeron la evaluación PRE-POST. Los resultados del PRE indicaron que del total de las participantes, un 93 % estaba padeciendo el depresión en grado leve a moderado, alteraciones físicas, agotamiento emocional, afección en el área de realización personal, sentimientos de baja autoestima, y calidad de vida; todos estos factores son parte del “*Síndrome de Burnout*”, que se ubican en niveles que van de leve a moderado. Luego la evaluación POST, pudimos constatar a través de los resultados, que las docentes que presentaban afecciones del síndrome, habían superado cuantitativamente los niveles de leve a normal, y de moderado a leve. Lo que nos lleva a concluir que los talleres de capacitación enfocados en la prevención del *burnout* fueron altamente efectivos para el manejo y control de los síntomas del síndrome, sin necesidad de ningún medicamento, sino sólo a través de las estrategias de modificación cognitiva conductual, ejercicios de imaginación y relajación basados en la respiración.

A través de los talleres de capacitación las participantes obtuvieron una gama de aprendizaje sobre estrategias de afrontamiento y control del *burnout* que les permite estar capacitadas para reconocer sus áreas bajas en manejo y control de los síntomas previos o síntomas del síndrome como son niveles altos de estrés, baja autoestima y calidad de vida. Identificar si están padeciendo algún grado del síndrome que les esté afectando en su profesión o familia, y reconocer si necesitan ayuda profesional para lograr superarlo. Sin estos conocimientos las medidas de prevención fallan, porque el *burnout*, como se mencionó anteriormente, se desarrolla de forma silenciosa y evita que la persona que lo padece lo pase desapercibido, hasta que le afecta de forma grave y acude al profesional quien sólo podrá darle tratamiento paliativo. Es por esto que el aprendizaje y las medidas de prevención son muy importantes.

La persona que se instruye en prevención incrementa no sólo sus conocimientos, sino que contribuye al mantenimiento y estabilidad de su salud física, psicológica y social, fortaleciéndose para estar conscientes de su valoración y capacidad para enfrentar los retos del diario vivir, además de saberse merecedora de ser feliz. Mientras que quien carece de estos conocimientos, se sentirá incapaz de superar situaciones adversas que se le presenten.

Diseñar nuevos programas de prevención para el afrontamiento del “*Síndrome de Burnout*”, y proteger la salud física y mental de las docentes de la Universidad del Valle de Guatemala es necesario, dada la calidad que muestran en el logro de sus objetivos y el prestigio de la institución, logrando que sus beneficios se expandan hacia la sociedad en la que interactúan y permitiendo el reconocimiento de quienes integran el claustro de la UVG, como un distintivo que permite su identificación tanto dentro como fuera de la institución.

Las docentes que trabajan o estudian en la Universidad del Valle de Guatemala, al tener una mejor calidad de vida rinden más en calidad y cantidad e incrementan sus beneficios no sólo a nivel personal, sino también familiar, permitiéndoles el logro de la estabilidad emocional en beneficio de todos y de la institución donde trabajen o estudien.

Se concluye que dado el perfil que la Universidad del Valle de Guatemala exige de su claustro de docentes y estudiantes, es muy importante motivar a la comunidad académica para que se lleven a cabo más talleres de prevención del “*Síndrome de Burnout*” y se incluyan los centros de estudios rurales que patrocina la UVG en el área rural para que los beneficios tengan un mayor alcance y sean para todas las docentes que trabajen y/o estudien en la institución, con el fin de prevenir, controlar o disminuir el nivel de “*burnout*”; ya que el síndrome es un proceso silencioso y cuando la persona advierte sus síntomas es porque este ha avanzado y sus efectos pueden impedir el desarrollo de la mujer dentro y fuera de trabajo, afectando no sólo la economía de su familia, sino la del país.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Se concluye que es importante que las docentes de la Universidad del Valle de Guatemala estén actualizadas sobre los temas que afectan la salud de las mujeres y en este caso del *burnout*, dado que su desarrollo es alto en estas profesiones y su afección puede deteriorar su estado físico, psicológico y social; afectándose no sólo la persona que lo padece sino también a la institución donde trabaja. Por lo cual es muy importante incrementar sus conocimientos e instruir sobre técnicas de afrontamiento para prevenir o lograr el control de los padecimientos que les estén afectando.

2. Habiéndose encontrado en las evaluaciones PRE que se realizaron, que la mayoría de las participantes según los datos, están padeciendo niveles de *burnout* de leve a moderado, y habiéndose constatado con los datos de la evaluación POST que se les realizó al final de los talleres (manejo y control de estrés, autoestima y calidad de vida), una disminución significativa en comparación a la evaluación PRE, concluimos que dichos talleres no sólo deben seguirse impartiendo, sino también incrementar más temas relacionado con el *burnout*, para mantener de esta forma un programa de prevención con la finalidad de proteger la salud de las mujeres docentes y universitarias de la institución.

3. Los aportes que se dan a través de los programas de prevención y mejoras en la calidad de vida de las mujeres docentes y universitarias son muy importantes, tanto para quienes reciben las capacitaciones como para las instituciones donde trabajan o estudian, se recomienda el fortalecimiento de los talleres para incrementar la obtención de datos significativos que permitan prevenir el *burnout*, en las mujeres con el fin de lograr no sólo mejorar la calidad de vida sino también un mejor rendimiento en su profesión.

4. La prevención fortalece a las empresas, las familias y la vida de las personas, lo cual proporciona un mayor y mejor crecimiento del país al evitar gastos de salud, problemas laborales y familiares, por lo que se recomienda adaptarlos en lo que se refiere a horarios flexibles, días y población de la UVG.

5. Se recomienda ampliar los estudios a las instituciones educativas que la Universidad del Valle tiene establecidas en el interior del país e impartirlos tanto al género femenino como al masculino para que la prevención sea una actitud democrática como lo son las normas y reglas que rigen la UVG.

6. Expandir los estudios y adaptarlos a las distintas áreas culturales, políticas y sociales, enfocados tanto en hombres como en mujeres, para que sus resultados puedan ser generalizados en toda la población guatemalteca.

7. Se recomienda que de ser posible se instale un gimnasio en el que puedan asistir las integrantes de la Universidad del Valle de Guatemala, con la finalidad de que se ejerciten en su tiempo libre y se aporte un medio de mejorar la calidad de vida en las mujeres.

VII. BIBLIOGRAFÍA

Aranda, Beltrán Carolina *et al.* 2005. Anales de Medicina. Vol. 66 No 3. Obtenido el 10 de marzo de 2010 en: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000300006&lng=en&nrm=iso

Asociación de EAPs en Inglaterra. 2003. *Intervención Individual en la prevención de riesgos psicosociales*. Obtenido el 7 de enero de 2010 en: <http://www.grupatra.org/counseling/nota780.pdf>

Barona, Guerrero Eloísa. 1998. *Una investigación con docentes universitarios sobre el afrontamiento del estrés laboral y el síndrome del quemado*. 22 Págs. Obtenido el 7 de enero de 2010 en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/052Barona.PDF>

Branden, Nathaniel. 2009. *“El poder de la autoestima”*. Edit. Paidós S.A. julio de 2009. Págs. 121.

Branden Nathaniel 2009. *“La Autoestima de la Mujer, Desafíos y Logros en la Búsqueda de una Identidad Propia”*. Edit. Paidós S.A. México. 141 págs.

Branden, Nathaniel 1995. *“Los seis pilares de la Autoestima”*. Editorial Paidós. Obtenido el 15 de octubre de 2010 en: <http://visionpsicologica.blogspot.com/2009/02/la-autoestima-y-sus-6-pilares.html>

Birkin, Andrew 2008. *“Calidad de vida: Deber y derecho”*. Obtenido el 20 de enero de 2010 en: <http://visionpsicologica.blogspot.com/2008/07/calidad-de-vida-deber-y-derecho.html>

Birkin, Andrew 1998. *Lecciones de vida*. Obtenido el 20 de enero de 2010 en: <http://ayura.udea.edu.co/publicaciones/revista/revista22.pdf>

Buendía, Vidal J. 1998. *“Estrés laboral y salud.”* Biblioteca Nueva, S.L., Madrid, España. Obtenido el 7 de enero de 2010 en: <http://psicolatina.org/11/burnout.html>

Buendía, Vidal J. y Ramos, F. 2001. *“Empleo, estrés y salud.”* Editorial Pirámide, Madrid, España. Obtenido el 7 de enero de 2010 en: http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/bibliog.htm

Cano, Vindel Antonio. 2002. *Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés, Madrid, España*. Obtenido el 7 de enero de 2008 en: http://www.ucm.es/info/seas/estres_lab/index.htm

Carpio, Claudio; Pacheco V. Flores, C. Canales César 2000. "Calidad de Vida: Un Análisis de su Dimensión Psicológica". Revista sonorensis de psicología. Vol 14, No 1, y 2, 3, 15. Obtenido el 19 de abril de 2010 en: <http://kunkaak.psicom.uson.mx/rsp/14-1-3-15.pdf>

Casuso, L. 2006. *El estrés, ¿un producto del siglo XX?* Obtenido el 10 de febrero de 2010 en: <http://multimedios.org/docs/d001727/>

Codo, Wanderly. 2007. Seminario "*Condiciones de trabajo y salud laboral*", organizado por la Universidad Católica Universal, entrevista sobre el tema "El Trabajo que Enferma" Uruguay, Octubre del 2007. Obtenido el 7 de enero de 2010 en: http://www.psicopol.unsl.edu.ar/feb06_notal.htm

Freudenberger, H.J. 1974. Síndrome de burnout. Obtenido el 16 de febrero de 2010 en: <http://www.socune.sld.cu/burnout.pdf>

Freudenberger, H.J. 1974. *The Staff Burnout*. *Journal of Social Issues*, 30, 159 -165. Obtenido el 7 de enero de 2010 en: <http://www.fortunecity.es/sopa/chinchulines/497/mexaonlineotono2002.htm>.

Fisher, Helen E. 1983. *Síndrome de estar quemado en el trabajo*. Obtenido el 8 de enero de 2010 en: http://www.juntadeandalucia.es/educacion/portal/com/bin/salud/contenidos/RiesgosProfesionales/RiesgosComunes/burnout/1160561555449_burn_out_en_el_mbito_docente.pdf

Grau, Abalo Jorge y Peiro *et.al.* 1993. *Eficacia de un programa de intervención para el control del burnout*. Obtenido el 18 de noviembre de 2009 en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/785/78524105.pdf>

Gil Monte, Pedro R. & Peiró, J. M. 1997. *Desgaste psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Editorial Síntesis, Madrid, España. Obtenido el 8 de enero de 2010 en: www.psicodrama.cl/dt/index.php?action=show&typ.

Gil-Monte *et al.* (1996) y Greenglass *et al.* (1996). *Interamerican Journal of Psychology*. V. 40 Porto Alegre 2006. Obtenido el 11 de febrero de 2010 en: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?pid=S0034-96902006000200011&script=sci_arttext

Guerrero, Barona Eloísa. 1999. *Síndrome de Burnout*. Obtenido el 8 de enero de 2010 en: <http://www.psicopolis.com/burnout/boutspa.htm>

Guerrero, Barona Eloísa. 1999. *Una investigación sobre El estrés laboral y el síndrome Del quemado*. Obtenido El 8 de enero de 2010 en: <http://www.rioei.org/deloslectores/052Barona.PDF>

Hans, Hugo Bruno Selye. 1990. *El estrés*. Obtenido el 8 de octubre de 2009 en: E:\La Tarjeta de Autocontrol de Stress - Que es el Stress.mht

Hanns, Hugo Bruno Selye. 1983. *The Stress Concept: Past, Present, and Future*, en, C. L. Cooper (ed.), *Stress Research. Issues for the Eighties*, Wiley, New Cork, pp. 1-20.

Hans, Hugo Bruno Selye. 1936. El descubrimiento del estrés. Obtenido el 8 de octubre de 2009 en: http://hypatia.morelos.gob.mx/no4/el_estres.htm

Hätinen, Marja. 2008. Treaning Job Burnout in Employee Rehabilitation. Obtenido el 8 de febrero de 2010 en: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/19404/9789513934521.pdf?sequence=1>

Hombrados, M.I. 1997. *Estrés en las organizaciones*. Promolibro, Valencia, España. Obtenido el 8 de enero de 2010 en: <http://silvanavalinotti.blogspot.com/2008/07/sindrome-de-bernout-cules-son-las.html>

Kushnir & Melamed, 2006. *Cuestionario de burnout para amas de casa*. Obtenido el 11 de febrero de 2010 en: revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/.../295/350

Lazarus, R.S. y Folkman, S. 1986. *Estrés y procesos cognitivos*. Promolibro, Barcelona, España. Obtenido el 9 de enero de 2010 en: <http://www.aidex.es/estres/articuloseloisa/eloisa8.htm>

Lazarus y R.S. Folkman. 1980. *If it Changes it Must be a Process. Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination*, en, *Journal of Personality and Social Psychology*. Obtenido el 26 de enero de 2010 en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=863>

McEwen, Bruce S. 1993. *El Estrés ¿Enfermedad del Milenio?* <http://www.sinapsis.patagonia.com/foro/boletines/boletin2/estres/estres.htm>

McEwen, Bruce S. 2002. *“Central role of brain in adaptation to stress”*. Obtenido el 29 de enero de 2010 en: <http://physrev.physiology.org/cgi/reprint/87/3/873.pdf?ck=nck>

Manassero, M. Antonia. et. al. 2003. *Estrés y burnout en la enseñanza*. Palma, Bogotá, Colombia. Información Obtenido el 10 de enero de 2010 en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi10/psico/6.pdf>

Marcuello, Antonio García. 2008. *“Autoestima y Autosuperación: Técnicas Para su Mejora”*. Obtenido el 15 de febrero de 2010 en: http://www.psicologia_hnline.com/autoayuda/autoestima/autosuperacion.shtml

Maslach, Cristina y Jackson, E. Susan. 1986. *“Burnout in health profession”*. A social psychological analysis, in G. Sanders y J. Suls (Eds.), *Social psychology of health and illness*. Hillsdale, New Jersey. 35

Págs. Obtenido el 18 de enero de 2010 en:
http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL25_2_4.pdf

Maslach & Pines. 1982. “*Síndrome de Burnout*”. Págs. 44. Obtenido el 16 de febrero de 2010 en: <http://www.monografias.com/trabajos39/sindrome-burnout/sindrome-burnout2.shtml>

Maslach & Pines. 1982. “*Manifestaciones del síndrome*”. 8 Págs. Obtenido el 16 de febrero de 2010 en: <http://psicopsi.com/Manifestaciones-del-Sindrome.asp>

Mazur y Linch, 1989; Wilson y Cols 1990. “*El Síndrome de Burnout: Quemarse por el Trabajo*”. Obtenido el 1 de abril de 2010 en: C:\Users\Ruth\Desktop\Xavier Oñate Pujol_ Psicólogo en Granollers y Barcelona » El síndrome de Burnout Quemarse por el trabajo (III).mht

Moreno Toledo, Ángel “*Burnout asistencial: Identificación, prevención y mediación en factores precipitantes*”. Psicología para América Latina; septiembre 2007; Obtenido el 8 de enero de 2010 en: <http://psicolatina.org/11/burnout.html>

PNUD. 2004. “*La mujer en la integración al trabajo en Guatemala*”. Obtenido el 9 de enero de 2010 en: http://www.google.com.gt/search?hl=es&rlz=1R2GGLL_en&q=PNUD%2C+2004+LA+MUJER+EN+LA+INTEGRA CI%C3%93N+AL+TRABAJO+EN+GUATEMALA&btnG=Buscar&meta=&aq=f&oq

Payne, R. Capítulo III. “*Estrategias de afrontamiento de burnout*”. Obtenido el 12 de febrero de 2010 en: <http://www.monografias.com/trabajos38/sindrome-burnout/sindrome-burnout3.shtml>

Pines, Ayala & Aronson, Elliot. 1988. “*¿Qué es el burnout? Definiciones y características Generales*”. Obtenido el 14 de enero de 2010 en: <http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/bern/burnout.pdf>

Peiró, Salvador; Ramos Francisco Campos y González Vicente Roma. 2008. “*Teorías de Afrontamiento, Personalidad y Burnout*”. Obtenido el 18 de enero de 2010 en: http://bvsde.per.paho.org/foro_hispano/BVS/bvsacd/cd49/spu02203.pdf:

Robalino, Magaly C. y Anton Körner. UNESCO 2005. Condiciones de trabajo y salud docente. Otras dimensiones del desempeño profesional: Estudios de casos en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay.

Ramos, Francisco Campos. 2007. *Burnout: “Síndrome de quemarse en el trabajo”*. Universidad de San Buenaventura, Medellín Colombia. Obtenido el 18 de enero de 2010 en: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-11_117-125.pdf

Rotter, Julian B. 1966. “*Locus of control*”. Obtenido el 18 de enero de 2010 en:

http://wik.ed.uiuc.edu/index.php/Locus_of_control

Rotter, Julian B. 1972. “La Teoría del Aprendizaje Social”. Obtenido el 19 de abril de 2010 en:

<http://translate.google.com/translate?u=http%3A%2F%2Fpsych.fullerton.edu%2Fjmearns%2Frotter.htm&hl=es&ie=UTF8&sl=en&tl=es>

Schaufeli, Wilmar B. 2009. *Terapia psicológica*. Vol. 27, No 1, 73-81. *Efectos de una Intervención Cognitiva-Conductual en el Aumento de Conductas de Autocuidado y Disminución del Estrés*. Obtenido el 15

de febrero de 2010 en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-0082009000100007&lng=en&nrm=iso&tlng=es

Smith, Adams. 2009. “*Historia del pensamiento administrativo*”. Obtenido el 7 de enero de 2010 en:

http://books.google.com.gt/books?id=Jc8tBZb-ZC&pg=PA49&lpg=PA49&dq=Smith+Adams,+programas+de+trabajo&source=bl&ots=1Y7d4pbkIE&sig=M2Zit75hYONtCGOw72u4ADk8E9Q&hl=es&ei=WSZfS7HLGIyXtgfR2a30Cw&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=10&ved=0CCEQ6AEwCQ#v=onepage&q=&f=false

Van Dierendonck, Dirk. 2004.” *Profesionales de la Salud, de los Niveles Primarios y secundarios de la Salud*”. Obtenido el 18 de enero de 2010 en:

<http://alfama.sim.u.cm.es/wwwisis2/wwwisis.exe/%5Bin=psylink.in%5D/?mf=025826&campo=v300&occ=4>

Van Dierendonck Dirk. *et. al.* 1998. “*Programa Trabajando Sobre tu Carrera Profesional*”. Institute Róterdam. Obtenido el 18 de enero de 2010 en: <http://www.monografias.com/trabajos38/sindrome-burnout/sindrome-burnout3.shtml>

Wanderly, Codo. 2007. Prototeoría: “*El Síndrome del trabajo vacío (Una incursión en la psicoeconomía de la depresión narcísica)*”. In: Wanderley Codo. (Org.). *Salud Mental y Trabajo*. 1o ed. Ciudad de México: Editorial Plaza y Valdez, 2007.

Wolff, Harold G. 1950. “*El Estrés ¿Un producto del siglo XX?*”. Obtenido el 23 de febrero de 2010 en:

<http://multimedios.org/docs/d001727/>

Zimmermann, Marcel. 1998. “*El impacto del hombre en la naturaleza*”. Obtenido el 20 de enero de 2010 en:

<http://www.psicologiacientifica.com/bv/imprimir-122-el-impacto-del-hombre-en-la-naturaleza-una-perspectiva-desde-la-psicologia-ambiental-y-la-economia.html>

VIII. ANEXOS

Tabla 1
Estadísticos de muestras relacionadas Maslash

		Media	T	Sig. (bilateral)
Par 1	MBI1	1.50	.768	.450
	MBI23	1.38		
Par 2	MBI2	2.67	3.715	.001
	MBI24	1.79		
Par 3	MBI3	1.42	1.072	.295
	MBI25	1.25		
Par 4	MBI4	3.30	-2.409	.025
	MBI26	4.35		
Par 5	MBI5	.29	.214	.833
	MBI27	.25		
Par 6	MBI6	1.00	-1.127	.271
	MBI28	1.29		
Par 7	MBI7	3.21	-1.926	.067
	MBI29	4.04		
Par 8	MBI8	1.79	1.895	.071
	MBI30	1.42		
Par 9	MBI9	4.42	-1.320	.200
	MBI31	4.71		
Par 10	MBI10	.46	-1.662	.110
	MBI32	.92		
Par 11	MBI11	.88	-1.857	.076
	MBI33	1.38		
Par 12	MBI12	4.71	.401	.692
	MBI34	4.63		
Par 13	MBI13	.96	.225	.824
	MBI35	.92		
Par 14	MBI14	1.58	.303	.765
	MBI36	1.50		
Par 15	MBI15	.92	-.172	.865
	MBI37	1.00		
Par 16	MBI16	1.29	1.297	.207
	MBI38	1.04		
Par 17	MBI17	3.79	-.096	.924
	MBI39	3.83		
Par 18	MBI18	3.79	-1.267	.218
	MBI40	4.29		
Par 19	MBI19	5.08	.000	1.000
	MBI41	5.08		
Par 20	MBI20	.75	.457	.652
	MBI42	.58		
Par 21	MBI21	4.17	.000	1.000
	MBI43	4.17		
Par 22	MBI22	.42	2.015	.056
	MBI44	.17		

Tabla 2
Inventario de Sintomatología de Estrés (ISE)

		Media	Prueba T	Sig.Bilateral
Par 1	ISE1	1.83	4.371	.000
	ISE31	1.25		
Par 2	ISE2	1.50	2.298	.031
	ISE32	1.04		
Par 3	ISE3	1.42	.720	.479
	ISE33	1.29		
Par 4	ISE4	1.38	2.563	.017
	ISE34	1.04		
Par 5	ISE5	1.58	1.551	.135
	ISE35	1.38		
Par 6	ISE6	1.21	2.099	.047
	ISE36	.83		
Par 7	ISE7	.71	.811	.426
	ISE37	.54		
Par 8	ISE8	.79	.624	.539
	ISE38	.71		
Par 9	ISE9	1.21	1.498	.148
	ISE39	.88		
Par 10	ISE10	1.46	1.310	.203
	ISE40	1.25		
Par 11	ISE11	.67	.723	.477
	ISE41	.50		
Par 12	ISE12	1.67	.816	.423
	ISE42	1.46		
Par 13	ISE13	.75	1.498	.148
	ISE43 ISE14	.42		
Par 14		1.04	.569	.575
	ISE44	.96		
Par 15	ISE15	.63	1.310	.203
	ISE45	.42		
Par 16	ISE16	1.08	.000	1.000
	ISE46	1.08		
Par 17	ISE17	.42	1.446	.162
	ISE47	.25		
Par 18	ISE18	1.46	.204	.840
	ISE48	1.42		
Par 19	ISE19	1.33	1.497	.148
	ISE49	1.04		
Par 20	ISE20	1.13	.204	.840
	ISE50	1.08		
Par 21	ISE21	1.33	.778	.445
	ISE51	1.17		
Par 22	ISE21	1.33	-.592	.560
	ISE52	1.46		
Par 23	ISE22	1.46	3.935	.001
	ISE53	.38		
Par 24	ISE24	.75	-.811	.426
	ISE55	.92		

Continuación Tabla 2.		Media	Prueba T	Sig. Bilateral
Par 25	ISE25	1.04	4.978	.000
	ISE56	.25		
Par 26	ISE26	.58	.000	1.000
	ISE57	.58		
Par 27	ISE27	.83	.894	.380
	ISE58	.63		
Par 28	ISE28	.83	.749	.461
	ISE59	.67		
Par 29	ISE29	.79	-1.446	.162
	ISE60	1.21		

Tabla 3
Estadísticos de Zung

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Par 1	SFPRE	8.9583	24	5.91593	1.20758
	SFPOST	6.6667	24	5.49044	1.12073
Par 2	SPPRE	13.7917	24	7.82959	1.59821
	SPPOST	9.1667	24	6.82493	1.39313
Par 3	SGPRE	2.7917	24	2.53633	.51773
	SGPOST	2.2917	24	2.11576	.43188
Par 4	SSPRE	7.0417	24	4.85869	.99178
	SSPOST	5.0833	24	3.53758	.72211
Par 5	ZUNGPRE	26.1667	24	4.17723	.85267
	ZUNGPOST	25.1667	24	4.57466	.93380

Tabla 4
Prueba de muestras relacionadas Zung

		Diferencias relacionadas					T	Gl	Sig. (bilateral)		
		Media	Desviación típ.	Error de media	95% Intervalo confianza para diferencia					Desviación típ.	Err or típ. de la med ia
					Superior	Inferior					
Par 1	ZUNG1 - ZUNG21	.125	.741	.151	-.188	.438	.827	23	.417		
Par 2	ZUNG2 - ZUNG22	.083	1.139	.232	-.398	.564	.358	23	.723		
Par 3	ZUNG3 - ZUNG23	.125	.850	.174	-.234	.484	.720	23	.479		
Par 4	ZUNG4 - ZUNG24	.208	.658	.134	-.070	.486	1.551	23	.135		
Par 5	ZUNG5 - ZUNG25	.000	1.414	.289	-.597	.597	.000	23	1.000		
Par 6	ZUNG6 - ZUNG26	.125	.850	.174	-.234	.484	.720	23	.479		
Par 7	ZUNG7 - ZUNG27	-.083	.776	.158	-.411	.244	-.526	23	.604		
Par 8	ZUNG8 - ZUNG28	.208	.721	.147	-.096	.513	1.415	23	.170		
Par 9	ZUNG9 - ZUNG29	.292	.690	.141	.000	.583	2.070	23	.050		
Par 10	ZUNG10 - ZUNG30	.083	.584	.119	-.163	.330	.700	23	.491		
Par 11	ZUNG11 - ZUNG31	.042	1.197	.244	-.464	.547	.171	23	.866		
Par 12	ZUNG12 - ZUNG32	.042	1.160	.237	-.448	.532	.176	23	.862		
Par 13	ZUNG13 - ZUNG33	-.292	.859	.175	-.654	.071	- 1.664	23	.110		
Par 14	ZUNG14 - ZUNG34	-.125	.537	.110	-.352	.102	- 1.141	23	.266		
Par 15	ZUNG15 - ZUNG35	.167	.761	.155	-.155	.488	1.072	23	.295		
Par 16	ZUNG16 - ZUNG36	-.333	.868	.177	-.700	.033	- 1.881	23	.073		
Par 17	ZUNG17 - ZUNG37	.167	.816	.167	-.178	.511	1.000	23	.328		
Par 18	ZUNG18 - ZUNG38	-.042	.624	.127	-.305	.222	-.327	23	.747		
Par 19	ZUNG19 - ZUNG39	.042	.204	.042	-.045	.128	1.000	23	.328		
Par 20	ZUNG20 - ZUNG40	.167	.868	.177	-.200	.533	.941	23	.357		

Continuación tabla 4. Prueba de muestras relacionadas Zung

	Diferencias relacionadas						T	gl	Sig. (bilateral)	
	Media	Desviación típ.	Error de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia		Desviación típ.				
				Superior	Inferior					
Par 1	SFPRE SFPOST	-	2.29167	4.46707	.91184	.40539	4.17794	2.513	23	.019
Par 2	SPPRE SPPOST	-	4.62500	5.36342	1.09480	2.36023	6.88977	4.225	23	.000
Par 3	SGPRE SGPOST	-	.50000	1.58800	.32415	-.17055	1.17055	1.543	23	.137
Par 4	SSPRE SSPOST	-	1.95833	3.19618	.65242	.60870	3.30796	3.002	23	.006
Par 5	ZUNGPRES ZUNGPPOST	-	1.00000	4.00000	.81650	-.68905	2.68905	1.225	23	.233

Propuesta de trabajo: Talleres de Capacitación y desarrollo dirigido a grupos docentes

Propuesta sobre "Taller Psicoeducativo". Dirigido a un grupo de Docentes Universitarias y Personal Docente Administrativo de la Universidad del Valle de Guatemala.								
Fecha:								
Horario:								
Tema:	Sub-tema:	Método:	Objetivo General:	Objetivos	Actividades:	Tiempo	Recursos:	Evaluación:
				Específicos:		Total del taller:		
Estrés	Confrontación del estrés a través de modificación cognitiva.	Taller de capacitación con apoyo de multimedia.	Prevenir el estrés.	Basadas en la modificación cognitiva conductual.	Enseñanza de estrategias cognitivas conductuales para prevención del estrés.	45 minutos en total.	Salón y sillas. Mesa para refacción, cafetera, café, gaseosas y galletas. Recursos Humanos.	
				Presentación y bienvenida a las asistentes.	Presentación de la capacitadora y el objetivos del taller.	3 minutos.	Humanos.	
				Actividad rompe hielo: Paso de la pelota. Preguntas y respuestas.	Lograr que las asistentes se sientan cómodas y expresen sus sentimientos.	3 minutos.	Una pelota de plástico color naranja.	
		Modificación Cognitiva Conductual		Conferencia con apoyo multimedia.	Que las personas aprendan "Qué es el estrés".	3 minutos.	Pantalla. Cañonera. Computadora.	
							Presentación Power Point, con el tema de "ESTRÉS".	
				Ejercicio de papel y lápiz.	Que las personas identifiquen los estresores.	3 minutos.	Papel y lápices. Música e imágenes visuales "ESTRÉS"	
				Refacción.	Receso	5 minutos.	Café, Pepsi cola y galletas.	
				Ejercicios de respiración.	Enseñar estrategias de relajación.	5 minutos.	Preguntas y respuestas.	
				Ejercicio de imaginación: El limón.	Mostrar cómo el pensamiento provoca reacciones fisiológicas.	3 minutos.	Preguntas y respuestas.	
				Actividad de imaginación: Despertar en la playa.	Enseñar estrategias de cambio de pensamiento.	5 minutos	Velas aromáticas, música de relajación.	
				Ejercicio de cambio de pensamiento.	Estrategias de cambio de pensamiento.	5 minutos	Preguntas y respuestas.	
					Agradecimiento	2 minutos.		Evaluación con lista de cotejo y respuestas cortas y comentario opcional.
					Y despedida.			



Universidad del Valle de Guatemala
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Psicología

Consentimiento Informado

Estimada Docente:

Como parte de los trabajos de investigación del Departamento de Psicología de la Universidad del Valle de Guatemala, se está llevando a cabo un estudio relacionado con el “Síndrome de Burnout” en mujeres docentes universitarias. Esta investigación tiene la finalidad de ampliar el conocimiento que se tenga sobre Síndrome de *burnout*, y proveer las herramientas necesarias para el manejo y prevención del mismo. Este taller forma parte de mi trabajo de graduación con el fin de optar al grado de Licenciatura en Psicología. Ha sido supervisado y asesorado directamente por la Directora del Departamento de Psicología, MSc. Claudia García de la Cadena.

Por lo cual solicitamos su colaboración tanto en las evaluaciones como en la participación de los talleres.

El proyecto se ha estructurado en tres fases: La primera consiste en una PRE evaluación con diferentes escalas. En la segunda fase, se estarán impartiendo dos Talleres de Capacitación enfocados en el Manejo y Control de Estrés, así como el de Autoestima y Calidad de Vida en Docentes. La última fase consiste en una evaluación POS.

La información que usted proporcione será utilizada de forma confidencial. Si usted está interesada en conocer los resultados puede escribirnos al correo electrónico del Departamento de Psicología. Los resultados de esta investigación contribuirán a incrementar la información existente sobre “*Síndrome de Burnout* en Mujeres que Trabajan”.

En caso de tener alguna duda puede comunicarse con la Directora del Departamento de Psicología MSc. Claudia García de la Cadena al teléfono 23 64 03 36 extensión 573. O, bien con Ruth Gálvez al teléfono 52 14 09 97, correo electrónico: ruthgalvez5@hotmail.com.

Agradecemos su colaboración.

Ruth Gálvez de Núñez
Estudiante de Psicología.

MSc. Claudia García de la Cadena
Asesora

Al firmar doy mi consentimiento para participar en esta investigación y me comprometo a llenar los tres cuestionarios de evaluación PRE y POST.

_____	_____	_____
Nombre	Fecha	Firma
_____	_____	_____
EMAIL (Opcional)	Teléfono (opcional)	Celular (opcional)



Escala Maslach (MBI)

Estimada Catedrática:

El objetivo del presente trabajo es conocer acerca del Desgaste Profesional en las Docentes Universitarias Guatemaltecas, para ello solicitamos su colaboración al contestar el inventario MBI (Escala Maslach de Burnout), el ISE (Inventario de Sintomatología de Estrés), así como datos demográficos. La información será manejada confidencialmente protegiendo a los participantes y sólo se utilizará con fines académicos. Si no desea participar voluntariamente, por favor devuelva el cuestionario.

Escala de Medición	No	Responda con qué frecuencia observa en usted las conductas que se describen a continuación. Cuando se refiere a personas, piense en las que tiene que atender profesionalmente como catedrática (o).	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Varias Veces	La mayoría de las veces	Casi Siempre	Todos Los Días
AE	1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
AE	2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
AE	3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.	0	1	2	3	4	5	6
AE	4	Comprendo fácilmente cómo se sienten los alumnos.	0	1	2	3	4	5	6
AE	5	Creo que trato a algunos alumnos como si fueran objetos impersonales.	0	1	2	3	4	5	6
AE	6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.	0	1	2	3	4	5	6
RP	7	Trato muy eficazmente los problemas de los alumnos.	0	1	2	3	4	5	6
AE	8	Me siento agotado por mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
RP	9	Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.	0	1	2	3	4	5	6
Desp.	10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.	0	1	2	3	4	5	6
Desp.	11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.	0	1	2	3	4	5	6
RP	12	Me siento muy activo.	0	1	2	3	4	5	6
AE	13	Me siento frustrado en mi trabajo.	0	1	2	3	4	5	6
AE	14	Creo que estoy trabajando demasiado.	0	1	2	3	4	5	6
Desp.	15	Realmente no me preocupa lo que le ocurra a mis alumnos.	0	1	2	3	4	5	6
AE	16	Trabajar directamente con personas me produce estrés.	0	1	2	3	4	5	6
RP	17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis alumnos.	0	1	2	3	4	5	6
RP	18	Me siento estimulado después de trabajar con mis alumnos.	0	1	2	3	4	5	6
RP	19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.	0	1	2	3	4	5	6
AE	20	Me siento acabada (o).	0	1	2	3	4	5	6
RP	21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.	0	1	2	3	4	5	6
Desp.	22	Siento que los alumnos me culpan por algunos de sus problemas.	0	1	2	3	4	5	6

Tipo	No afectado	Afectado
AE	0 – 33	34 -54
Desp..	0 – 15	16 – 30
RP	34 – 48	0 -33

Escalas de medición:

AE = Agotamiento Emocional.

Desp. = Despersonalización .

RP = Realización Personal

Material educativo

Departamento de Psicología año 2009

Responsable: MSc. Claudia García de la Cadena. Facilitadora: Ruth Gálvez

ISE – Inventario de Sintomatología de Estrés

de	Escala	Medición	Instrucciones: Señale con una cruz la frecuencia con que siente los síntomas que surge en su vida diaria.				
			Nunca	Raras veces	Modo raramente	Frecuentemente	Asiduamente
No.	Síntomas	0	1	2	3	4	
SF	1.	Dolores de espalda o cuello.					
SP	2.	Iritabilidad fácil					
SP	3.	Pérdida o exceso de apetito					
SP	4.	Sentirse sin ganas de comenzar nada					
	5.	Dolor de cabeza.					
SS	6.	Escasas ganas de comunicarse.					
	7.	Presión en el pecho.					
SS	8.	Falta de flexibilidad adaptativa					
SF	9.	Dificultades con el sueño					
SP	10.	Sentimiento de cansancio mental.					
SS	11.	Dificultades sexuales.					
SP	12.	Tiempo mínimo para uno mismo.					
SF	13.	Erupciones en la piel, salpullido.					
SP	14.	Fatiga generalizada					
SF	15.	Pequeñas infecciones					
SS	16.	Sentimientos de baja autoestima					
SP	17.	Aumento de la bebida, tabaco o sustancias.					
SP	18.	Dificultad de memoria y concentración.					
SF	19.	Problemas gastrointestinales					
SS	20.	Necesidad de aislarse.					
SF	21.	Problemas alérgicos.					
SP	22.	Estado de apresuramiento continuo.					
	23.	Presión arterial alta.					
SS	24.	Pérdida del sentido del humor.					
SF	25.	Resfriados y gripes.					
SS	26.	Pérdida del deseo sexual.					
SF	27.	Problemas de la voz (afonías, cambios de voz, carrasperas, etc).					
SS	28.	Escasa satisfacción en las relaciones sociales					
SP	29.	Dificultad para controlar la agresividad.					

ISE. Escalas de Medición:**Puntaje total:**

Escala	Bajo	Medio	Alto
SF	0 - 5	6 - 8	> a 8
SP	0 - 11	12 - 19	> a 19
SS	0 - 5	6 - 9	> a 8
SG	0 - 22	23 - 33	> a 33

SF: Síntomas Físicos
SP: Síntomas Psicológicos
SS: Síntomas Sociales
SG: Síntomas Generales

Material Educativo
Depto. de Psicología 2,008
Facilitadora:
Ruth Gálvez.
Responsable:
MSc. Claudia García de la Cadena



Escala de Depresión de Zung.

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Marque junto a cada frase la casilla que mejor refleje su situación actual.

		Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1.	Me siento triste y deprimida.				
2.	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				
3.	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4.	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.				
5.	Ahora tengo tanto apetito como antes.				
6.	Todavía me siento atraída/ o por el sexo opuesto.				
7.	Creo que estoy adelgazando.				
8.	Estoy estreñida/ o.				
9.	Tengo palpitaciones.				
10.	Me canso por cualquier cosa.				
11.	Mi cabeza está tan despejada como antes.				
12.	Hago las cosas con la misma felicidad que antes.				
13.	Me siento agitada e intranquila y no puedo estar quieta/ o.				
14.	Tengo esperanza y confío en el futuro.				
15.	Me siento más irritable que habitualmente.				
16.	Encuentro fácil tomar decisiones.				
17.	Me creo útil y necesaria/ o para la gente.				
18.	Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.				
19.	Creo que sería mejor para los demás si me muriera.				
20.	Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.				

< = 28 Ausencia de depresión.
 Entre 28 y 41 = Depresión leve.
 Entre 42 y 53 = Depresión moderada.
 > 53 = Depresión grave.

Material Educativo
Depto. de Psicología 2,008
Facilitadora:
Ruth Gálvez.
Responsable:
MSc. Claudia García de la Cadena



Cuestionario de Calidad de Vida

Responda las siguientes preguntas con un “SI o un NO”, cuando apliquen a usted.

1.	¿Su trabajo es muy importante para usted?	SI	NO
2.	¿Le gusta que las cosas sean “perfectas”?	SI	NO
3.	¿Es excesivamente crítica/o consigo misma si comete un error?	SI	NO
4.	¿Es inquieta/o impulsiva y se aburre con facilidad?	SI	NO
5.	¿Trabaja demasiado y tiene una gran energía?	SI	NO
6.	¿Sufre ataques periódicos de extrema fatiga?	SI	NO
7.	¿Se lleva material a su casa y trabaja por la noche o durante los fines de semana?	SI	NO
8.	¿Se siente inquieta o culpable si no tiene nada que hacer?	SI	NO
9.	¿Lee materiales relacionados a su trabajo cuando come sola/o?	SI	NO
10.	¿Cada vez le resulta más difícil tomar vacaciones prolongadas?	SI	NO
11.	¿frecuentemente se siente agobiada/o por la prisa o con una sensación de urgencia?	SI	NO
12.	¿Crea situaciones de presión con plazos auto impuestos?	SI	NO
13.	¿Olvida u otorga poca importancia a las reuniones o celebraciones familiares?	SI	NO
14.	¿Tiene dificultad para dedicar espacio para usted?	SI	NO
15.	¿Es responsable en su trabajo pero no en asuntos personales?	SI	NO



Información Complementaria

Instrucciones: Encierre con un círculo la información que se le solicita.

1	Fecha de aplicación:								
2	Usted se dedica a la docencia:							SI	NO
3	Edad (rango)	20 – 30 años	31 – 40 años	41 – 50 años	51 – 60 años	Más de 61 años			
4	Género				Femenino	Masculino			
5	Estado Civil	Soltero		Casado	Unido	Viudo		Divorciado	
6	Grado Académico	Maestra/ o	Profesora/ o	B.A.	Licenciatura	Maestría	Doctorado		
7	Lugar de trabajo (puede señalar mas de uno)	Primaria	Secundaria	Diversificado	Normalista	Universidad	UVG ISTMO	URL USAC	UFM UMG
8	Tipo de institución:				Privada	Pública	Ambas		
9	Años de ejercer como Docente:	0 – 5 años		6 – 10 años	11 – 15 años	16 – 20 años	21 años o más		
10	¿Cuántas clases o cursos imparte por semana?				1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 ó más	
11	¿Cuántas horas trabaja en docencia diariamente?					2 – 4 hrs.	5 – 8 hrs.	8 hrs. o más	
12	¿Tiene algún otro empleo además de trabajar como docente?							SI	NO
13	¿Realiza ejercicio físico?							SI	NO
14	¿Con qué frecuencia realiza dicho ejercicio?	Diario	1 vez por semana	2 veces por semana		Fines de semana			
15	¿Qué hace en su tiempo libre?								

Gracias por su colaboración
Cualquier información
Departamento de Psicología UVG
Tel. 23 64 03 36 ext. 573 o 576
claudigd@uvg.edu.gt

Material Educativo
Depto. de Psicología 2,009
Facilitadora
Ruth Gálvez
Responsable
MSc. Claudia García de la Cadena

