



Universidad Veracruzana

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS
DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**PERSONALIDAD RESISTENTE, LOCUS DE
CONTROL, AUTOEFICACIA Y SÍNDROME DE BURNOUT
EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE PREGRADO**

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

MARÍA ERIKA ORTEGA HERRERA

PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE:

DOCTORA EN PSICOLOGÍA

REALIZADA BAJO LA TUTELA ACADÉMICA DE:

DRA. GODELEVA ROSA ORTIZ VIVEROS
DR. ARMANDO J. MARTÍNEZ

XALAPA, VER.

JUNIO 2015

Dra. Sara Ladrón de Guevara
Rectora

Mtra. Leticia Rodríguez Audirac
Secretaria Académica

Mtra. María Concepción Sánchez Rovelo
Directora General del Área de Ciencias de la Salud

Dra. Yolanda Jiménez Naranjo
Directora General de la Unidad de Estudios de Posgrado

Dra. Carmen G. Blázquez Domínguez
Directora General de Investigaciones

Dra. María Luz Márquez Barradas
Directora del Instituto de Investigaciones Psicológicas

DEDICATORIAS

A **Dios** por concederme fortaleza, perseverancia y sabiduría para alcanzar esta meta.

A mi madre **Andrea Herrera** que desde siempre es mi ejemplo de lucha y superación. Gracias mami por tu amor y apoyo incondicional.

A mi esposo, **Juan Alberto Rendón Barradas**, que ha sido el primero en apoyar mis decisiones y sueños, siempre alentando y firme en todas las circunstancias. El camino hubiera sido más difícil si no contara con tu apoyo para confiarte el cuidado de nuestros hijos, nuestro hogar y matrimonio. Gracias por ser el amor, la confianza y el apoyo que me han ayudado a llegar tan lejos. Te amaré siempre!

A mis hijos **André** y **Axel**, por existir y ser esa fuerza que me impulsa a seguir adelante y sobre todo, por entender esos momentos que no pude compartir sus juegos o por la postergación de algunos de nuestros planes por dedicarlo a este proyecto. Gracias mis dos amores.

A mis hermanos, **Sonia**, **Víctor**, **Martín** y cuñadas **Liliana**, **Ana Alicia**, por ser parte de mi historia y esa gran familia hermosa con la que siempre podré contar.

A mis **sobrinos**, todos, deseando ser el ejemplo que los impulse a seguir sus sueños e intereses.

A **Miriam** por ser la gran amiga que es y por todo el apoyo que siempre encuentro en ella cuando lo necesito. Gracias comadre!

A mis queridos **compañeros del IIP** y en general, a todas y cada una de las personas que forman parte de mi vida, les agradezco desde lo más profundo de mi corazón todas las muestras de cariño y amistad que diariamente me brindan.

AGRADECIMIENTOS

A la **Dra. Godeleva Rosa Ortiz Viveros**, mi directora de tesis, por su orientación, apoyo, consejos y por confiar incluso en mi desconfianza. Por ser más que un mentor y por convertirse a través de sus ejemplos en ese gran modelo académico y personal a seguir.

Al **Dr. Armando J. Martínez Chacón**, por su labor de guía y por todas aquellas aportaciones que fueron más allá de la parte estadística. Mil gracias.

A mis queridos lectores, los doctores **Martha Montiel Carvajal, José Méndez Venegas, Benjamín Domínguez Trejo, Yamilet Enrenzweig Sánchez y Tania Romo González de la Parra** quienes a través de sus invaluable observaciones y sugerencias no tan sólo aportaron mayor riqueza a mi trabajo sino que una vez más confirmé esa gran calidad humana que les caracteriza. Gracias por su valioso apoyo.

Al sindicato **FESAPAUV** por el apoyo económico brindado para cursar el Doctorado y con ello, facilitar mi camino para concretar este sueño.

También quiero agradecer a los directores de los hospitales que no tan sólo me facilitaron las condiciones para poder realizar este trabajo sino que además me brindaron su colaboración. En especial doy las gracias a los Doctores **Alberto Navarrete Munguía, Genaro Carrasco Sainez, Manuel Chavarría Xicotencatl y Mauricio F. Mendoza González**.

Y cómo no, agradecer a todos los **estudiantes de medicina de pregrado** que gracias a su participación anónima y desinteresada han hecho posible la realización de este estudio.

Contenido

1. RESUMEN	9
2. INTRODUCCIÓN	10
3. MARCO TEÓRICO	15
3.1 Síndrome de Burnout	15
3.1.1 Antecedentes	15
3.1.2 Dimensiones.....	17
3.1.3 Síntomas o manifestaciones.....	20
3.1.4 Modelos psicosociales que interpretan el síndrome de burnout.....	22
3.1.5 Evaluación del Síndrome de Burnout.....	27
3.1.6 Intervención	31
3.2. Locus de Control.....	36
3.2.1 Antecedentes	36
3.2.2 Definición	38
3.2.3 Evaluación de Locus de Control	42
3.2.4 Investigaciones en Locus de Control.....	47
3.3.1 Antecedentes	52
3.3.2 Definición	53
3.3.3 Fuentes de la autoeficacia	56
3.3.4 Procesos activados por la autoeficacia.....	60
3.3.5 Evaluación de la Autoeficacia.....	65
3.3.6 Intervención	69
3.4 Personalidad Resistente.....	71
3.4.1 Antecedentes	71
3.4.2 Definición	74
3.4.3 Conceptualización	76
3.4.3 Dimensiones.....	78
3.4.5 Evaluación de la personalidad resistente	81
3.4.6 Estudios sobre personalidad resistente.....	89
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	91
4.1 Planteamiento del problema	91
4.2. Justificación	96

5. OBJETIVOS.....	98
5.1. General.....	98
5.2. Específicos	98
5.3. Hipótesis de trabajo.....	99
6. MÉTODO.....	100
6.1. Participantes.....	100
6.2. Instrumentos.....	102
6.2.1. Cuestionario de datos generales	102
6.2.2. Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería-Abreviado (CDPE-A)	103
6.2.3 Escala de Autoeficacia General	105
6.2.5. Escala de Estrés Percibido	107
6.3. Procedimiento	109
6.3.1. Preparación administrativa	109
6.3.2. Preparación académica.....	110
6.3.3. Revisión ética.....	113
6.4. Análisis de datos.....	116
7. RESULTADOS	119
7.1. Análisis descriptivo	119
7.2. Análisis inferencial.....	126
8. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	145
8.1. Conclusiones.....	145
8.2. Discusión.....	148
8.3. Limitaciones y sugerencias para estudios posteriores	158
REFERENCIAS	160
Anexo A. Instrumento de Medición.....	181
Anexo B. Consentimiento Informado.....	188

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel.....	25
Figura 2. Modelo de las relaciones entre las tres clases de determinantes en la concepción de Bandura de reciprocidad triádica.....	51

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.....	115
Tabla 2. Correlaciones para las ocho variables psicológicas medidas en estudiantes de la Facultad de Medicina, Xalapa, Ver., México, 2013.....	129
Tabla 3. Correlaciones para las ocho variables psicológicas en primera y segunda medición en internos promoción 2013, Xalapa, Ver., México, 2013.....	130
Tabla 4. Correlaciones para las ocho variables psicológicas en la tercera medición en internos promoción 2013, Xalapa, Ver., México, 2013.....	131
Tabla 5. Correlaciones para las ocho variables psicológicas en primera y segunda medición en internos promoción 2012, Xalapa, Ver., México, 2013.....	133
Tabla 6. Valores promedio (\pm EE) de las variables psicológicas medidas en internos promoción 2012.....	134
Tabla 7. Valores promedio (\pm EE) de las variables psicológicas medidas en internos promoción 2013.....	136
Tabla 8. Análisis de componentes principales para el grupo de la Facultad de Medicina, Xalapa, Ver., México, 2013.....	139
Tabla 9. Análisis de componentes principales para el grupo de internos promoción 2013, Xalapa, Ver., México, 2013.....	140
Tabla 10. Valores promedio (\pm EE) de los componentes principales en internos promoción 2013 de los hospitales CEMEV, CIVIL, ISSSTE y Facultad de Medicina.....	142
Tabla 11. Análisis de componentes principales para el grupo de internos promoción 2012, Xalapa, Ver., México, 2013.....	144
Tabla 12. Valores promedio (\pm EE) de los componentes principales en internos promoción 2012.....	144

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Valores promedio del puntaje obtenido en la variable antecedentes por los internos de los hospitales CEMEV y CIVIL.....	133
Figura 2. Valores promedio del puntaje obtenido en la variable antecedentes por los internos de los hospitales CEMEV, CIVIL e ISSSTE	135
Figura 3. Valores promedio del puntaje obtenido en la variable síndrome de burnout por los internos de los hospitales CEMEV, CIVIL e ISSSTE	135
Figura 4. Comparación del CP1 entre los hospitales CEMEV, CIVIL E ISSSTE de la promoción 2013.....	140
Figura 5. Comparación del CP1 entre los hospitales CEMEV y CIVIL de la promoción 2012.....	143

1. RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue analizar la asociación entre autoeficacia percibida, personalidad resistente, locus de control, percepción de estrés y síndrome de Burnout en 74 estudiantes de medicina de pregrado. El análisis de los datos se efectuó considerando estadística descriptiva y técnicas exploratorias multivariadas. Los resultados muestran la pertinencia que puede tener la personalidad resistente en la atenuación del estrés crónico al asociarse negativamente con el síndrome de Burnout y agruparse dentro de los componentes que explicaron mayor variación en la combinación lineal de variables en comparación con la autoeficacia y el locus de control. Se confirma la necesidad de reforzar la formación de los estudiantes de medicina a través del establecimiento de recursos de afrontamiento ante el estrés y formación de una personalidad resistente, ya que los datos muestran niveles altos en percepción de estrés y síndrome de Burnout a seis meses de estar realizando el internado.

Palabras clave: personalidad resistente, autoeficacia, locus de control, burnout, estudiantes de medicina de pregrado

2. INTRODUCCIÓN

El estilo de vida de los estudiantes, futuros profesionales que ofrecerán servicios asistenciales, se va modificado en función de las exigencias académicas que cada carrera profesional requiere. En términos generales y comunes a todas las carreras universitarias, se encuentran situaciones generadoras de estrés académico, por ejemplo, preparar exposiciones, presentar exámenes (orales y escritos), participar en clase, pasar muchas horas frente a su computadora para realizar sus tareas, poco tiempo para comer, para descansar, para convivir con su familia, mantener un buen promedio, etcétera (Barraza, 2007).

En el caso de la formación en medicina la presión académica que tienen los estudiantes difiere mucho de sus pares que siguen otras carreras y se considera que una de las fases más crítica en esta formación médica puede ser el internado médico de pregrado ya que durante este ciclo académico (teórico-práctico) los estudiantes deben aplicar y/o desarrollar nuevas competencias en el terreno de la atención integral de los problemas de salud individual.

Dicha incorporación en las unidades hospitalarias del sector salud, otorga a los estudiantes un lugar en su estructura jerárquica del orden médico y con ello una serie de responsabilidades y exigencias del hospital para cumplir con cierta carga de trabajo y con pocas horas de sueño y descanso.

Este estilo de vida predispone a los estudiantes en sujetos vulnerables a la adquisición de comportamientos de riesgo para la salud debido al constante sometimiento de cargas académico-laborales prolongadas, generando cansancio emocional como la expresión básica del *burnout* que se relaciona directamente con el estrés crónico. Pero, ¿por qué muchos estudiantes parecen enfrentarse con éxito a este tipo de cargas, mientras que otros no lo hacen? Tal vez es la respuesta subjetiva a factores externos, en lugar de los factores externos por sí mismos lo que más contribuye al agotamiento.

Para contar con posibles explicaciones de por qué unas personas enferman y otras no aún cuando están expuestas bajo las mismas situaciones, en el campo de la Psicología de la Salud, se recurre al uso de modelos psicosociales que en términos generales asumen que la enfermedad y la salud son consecuencia de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales (Taylor, 2007).

El modelo psicosocial subraya la importancia de la relación que una persona establece con otras personas. En otras palabras, es la dinámica de relaciones del proceso evolutivo y de socialización por el que atraviesa el individuo como se va forjando progresivamente su personalidad y definiendo el conjunto de valoraciones, creencias y actitudes que conformarán su peculiar estilo de vida.

Para autores como Grau, Hernández y Vera (2005), este tipo de modelos tienden a proveer de recursos contra la posibilidad de enfermar y de propiciar cierta resistencia al distrés emocional generador de trastornos al permitir el potenciamiento de cualidades positivas (esperanza, perseverancia, creatividad, responsabilidad, visión del futuro, fortaleza personal, etc.).

En este sentido, Cáceres (2006), menciona que los modelos psicosociales ayudan a explicar cómo las cogniciones del individuo influyen en lo que éstos perciben y hacen, y a su vez esas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás. También para estos modelos, la seguridad que los individuos tienen en sus capacidades influye decisivamente en el empeño que el individuo pone para conseguir sus objetivos y en la aparición de algunas reacciones.

Planteamientos bajo esta perspectiva han desarrollado marcos teóricos que tratan de entender y explicar cómo algunas personas se adaptan y ajustan a diversos cambios que enfrentan en su vida, buscan encontrar a través de qué recursos personales se valen para facilitar su adaptación a diversas situaciones o eventos estresantes crónicos.

Por lo que integrar el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales resulta de mayor riqueza cuando se

utilizan conceptos como personalidad resistente, autoeficacia percibida y locus de control y que cobran especial relevancia para analizar una problemática tan importante como lo es el síndrome de burnout.

Para ello, este trabajo de investigación se estructura en 7 grandes apartados. En el primer apartado se contempla un resumen de la investigación. Y el segundo es la introducción a la misma.

El tercer apartado, denominado marco teórico, se integra por cuatro temas. El primero se refiere al Síndrome de Burnout o desgaste profesional que se revisa en términos de su definición, las diferentes perspectivas desde las que se ha estudiado, la sintomatología característica, el proceso de su desarrollo, los distintos instrumentos empleados para su medición y evaluación.

Del segundo al cuarto tema, se aborda el sustento teórico de constructos teóricos como la autoeficacia percibida, locus de control y personalidad resistente, su definición y la vinculación que han establecido con el síndrome de burnout y la particular relevancia en muestras específicas como lo es los estudiantes universitarios.

Del cuarto al sexto apartado, se encuentra la información relacionada con el planteamiento del problema, la justificación, los objetivos, hipótesis, método utilizado para llevar a cabo dicha investigación. Además de los resultados derivados de la misma.

Por último, el apartado 7 resume las conclusiones del estudio y discute teórica, metodológicamente y cuestiones prácticas. Además, identifica las limitaciones de la investigación presentadas en la tesis y hace sugerencias para futuros estudios. En la parte final de la tesis se encuentra tanto las referencias bibliográficas utilizadas como los instrumentos.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Síndrome de Burnout

3.1.1 Antecedentes

Los primeros artículos en el tema fueron escritos por Freudenberger en 1975, psiquiatra que trabajaba en una clínica alternativa de atención médica, quien al observar a sus colaboradores describió el agotamiento emocional caracterizado por una pérdida de motivación y compromiso hacia su trabajo, el agotamiento emocional. Denominó a este proceso con un término que se utilizaba coloquialmente para referirse a los efectos del abuso crónico de drogas: burnout.

Posteriormente, Cristina Maslach (1976), al realizar su investigación sobre estrés emocional relacionado con los puestos de trabajo, encontró que las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas tenían importantes consecuencias sobre su identidad profesional y comportamiento laboral.

A partir de ese momento se identificó al burnout como un problema frecuente en los profesionales que trabajan en el área de servicios sociales y de atención a la salud, expuestos a factores estresante emocionales e interpersonales (Greig y Fuentes, 2009; Campos, Carlotto y Marôco, 2012). Su estudio se extendido a toda profesión u ocupación en la que quien la ejerce pase tiempo considerable en contacto continuo y estrecho con personas

(pacientes, clientes, alumnos, etc.) que requieren de un servicio, atención o tratamiento (biológico, psicológico o social).

Se ha descrito al burnout como un síndrome psicológico (Maslach, 2003) que se desarrolla como respuesta a la exposición a fuentes de estrés crónico (estresores) que se originan en la relación profesional-paciente/cliente y en la relación profesional-organización (Gil-Monte, 2003) y supone para la persona que lo padece el cansancio emocional crónico, fatiga física y distanciamiento emocional con las personas que tiene que tratar (Gálvez, Moreno y Mingote, 2009), hasta llevarlo al punto en que duda completamente de su capacidad para realizar su trabajo, experimentando pérdida de interés y entusiasmo por todo lo que hace (Chacón, Grau y Reyes, 2012).

La importancia de este fenómeno psicológico (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001) se justifica por todas las consecuencias que se le atribuyen y que han sido ampliamente documentadas por autores como Benson, Sammour, Neuhaus, Findlay y Hill (2009), Chacón, Grau y Reyes (2012), López, Pedrosa, Vicente, Suárez-Álvarez, Galindo y García-Cueto (2014), Sobowale, Ning Zhou, Fan, Liu y Sherer (2014) como muy graves tanto en el ámbito personal como organizacional.

En el ámbito organizacional, se le ha relacionado con el deterioro de la calidad de la atención o servicio proporcionado por el personal (Alarcón, 2011; Camacho-Ávila, Juárez-García y Arias, 2010; Ramírez, Medeiro, Muñoz y

Ramírez, 2012), como un factor asociado a la rotación constante, a la dificultad para trabajar en grupos, a la disminución en el rendimiento laboral y ausentismo laboral.

Por otra parte, en el ámbito personal, el burnout se ha relacionado con mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, tales como depresión y trastornos de ansiedad (Brennan, McGrady, Whearty, Lynch, Rapport y Schaefer, 2012; Guille, Clark, Amstadter y Sen, 2014; Schwenk, Davis y Wimsatt, 2010) aumento en el uso o abuso de alcohol y/ o farmacodependencia (Castro, Cortés, Pereira y Lobo, 2010; McCray, Cronholm, Bogner, Gallo y Neill, 2008; Quimbayo-Díaz y Olivella-Fernández, 2013), disfunción, incluyendo el agotamiento físico, insomnio y problemas en los matrimonios-familia y suicidio (Dyrbye, Thomas y Shanafelt, 2006; McCray et al., 2008; Schweenk, Davis y Wimsatt, 2010).

3.1.2 Dimensiones

A mediados de la década de los 70's, el Síndrome de Burnout (SBO de aquí en adelante) fue inicialmente un concepto muy ambiguo del que no existía una definición aceptada totalmente. Maslach (1982, 1998) desarrolló una teoría multidimensional de burnout que sigue siendo la predominante. Esta teoría consideró tres dimensiones fundamentales para su diagnóstico:

Agotamiento Emocional: Se caracteriza por falta de energía (física y emocional) para confrontar el trabajo diario, acompañada de una sensación de “estar vacío” y el sentimiento de que los recursos emocionales personales se han agotado, consumido, con sentimiento de apatía y desinterés en relación con el trabajo (Chacón, Grau y Reyes, 2012).

Maslch, Schaufeli y Leiter (2001), Shirom, Melamed, Toker, Shlomo y Shapira (2006) y más recientemente Lee, Seo Hladkyj, Lovell y Schawartzmann (2013) han considerado a la dimensión de agotamiento emocional como el componente de estrés individual básico del síndrome y la manifestación más evidente, en tanto se pierde el gusto por lo que se hace, se reduce el entusiasmo por el trabajo, hay un distanciamiento emocional y cognitivo de la tarea y del trabajo. Cuando las personas se describen a sí mismas o a otras personas que experimentan burnout a menudo se refieren a una sensación de agotamiento, se sienten extenuadas, exhaustas. Se afirma que el proceso de burnout comienza con este síntoma.

Despersonalización: Esta dimensión indica el contexto de las relaciones interpersonales del SBO. Se refiere al desarrollo de actitudes y sentimientos negativos, insensibilidad hacia las personas que se deben atender, hacia los compañeros de trabajo y demás personas que le rodean.

Entre sus manifestaciones más evidentes están la utilización de un lenguaje abstracto, técnico y frío. También es frecuente observar indiferencia,

sin conceder importancia a nada. El cinismo, la falta de compromiso o desapego, la insensibilidad y el distanciamiento hacia los usuarios, se encuentran presentes en esta dimensión.

A pesar de que se ha sugerido que la despersonalización se usa como estrategia defensiva ante el cansancio emocional que pudiera interferir con el funcionamiento eficaz en el trabajo, se torna un problema real, cuando se mantiene por largo tiempo esta forma de desapego excesivo y poca preocupación, que lleva al profesional a responder a los pacientes en forma negativa, insensible y deshumanizada.

Reyes, Grau y Chacón (2012) afirman que algunos investigadores han considerado a la despersonalización como un amortiguador emocional que usa la persona ante las demandas emocionales excesivas que el trabajo les impone. De hecho, Maslach (2003) la conceptualiza como un mecanismo de defensa que ayuda al profesional a evitar el aumento de los sentimientos de impotencia, indefensión y desesperanza personal.

Realización Personal: Representa la dimensión de auto-evaluación del burnout. Se refiere a la tendencia a evaluarse negativamente a sí mismo, en particular con respecto al trabajo que realiza. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus logros, frecuentemente perciben falta de progreso, estancamiento en su labor y baja productividad en el trabajo.

El trabajador se muestra incapaz de mantener un buen nivel de productividad, tiende al aislamiento sociolaboral, evita las relaciones interpersonales y profesionales, manifiesta una baja autoestima, infelicidad y descontento, particularmente en relación con la calidad de su desempeño laboral y también consigo mismo. La pérdida de ilusión con respecto a su propio trabajo y de los ideales con que había comenzado su labor son particulares de esta dimensión (Chacón, Grau y Reyes, 2012).

Para Braveman, Egerter y Mockenhaupt (2011) las consecuencias del estrés prolongado incluyen efectos adversos en la salud psicológica y física del individuo, así como un mayor riesgo de mortalidad prematura, lo que hace necesaria una revisión de las manifestaciones asociadas al burnout que han sido reportadas con mayor frecuencia en la literatura especializada, con la finalidad de conseguir una comprensión general de las posibles consecuencias para la salud.

3.1.3 Síntomas o manifestaciones

En el campo de la medicina, el síntoma es la referencia subjetiva que da la persona de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico a una enfermedad (Dorland, 1988). En otras palabras, los

síntomas son los elementos subjetivos percibidos solo por la persona que lo reporta más que por el examinador.

En este sentido, el SBO comprende una serie de alteraciones que se han agrupado en cinco áreas sintomatológicas de acuerdo con Chacón, Grau y Reyes (2012):

- Emocionales y afectivas: Cansancio o hastío emocional, irritabilidad, odio, nerviosismo, disgustos, enfado, desencanto, agobio, tristeza, angustia, sentimientos de culpa, etcétera.
- Cognitivas: Baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, sentimientos de impotencia para el desempeño del rol profesional, sensación de fracaso, sentirse contrariado, sentir que no valoran su trabajo, percibirse incapaz para realizar las tareas, pensar que no puede abarcarlo todo y que trabaja mal, sentir falta de control, inseguridad, etc.
- Actitudinales: Cinismo, despersonalización, apatía, hostilidad, suspicacia, falta de deseos para seguir trabajando, irresponsabilidad, sentirse harto, impaciencia, frialdad hacia los pacientes, culpar a los demás de su situación, etc.
- Comportamentales: Aislamiento socio-laboral, consumo de tranquilizantes, consumo exagerado de café, té, cigarrillos, quejas

constantes, aumento de accidentes, conductas agresivas hacia los clientes, etc.

- Fisiológicas: Cansancio y fatiga, insomnio, úlcera de estómago o desórdenes gastrointestinales, dolor de cabeza, diarreas, dolores musculares de espalda y cuello, trastornos cardiovasculares, en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales, etc.

La amplitud de manifestaciones asociadas al síndrome de burnout permite considerarlo como un factor de riesgo de importancia que, de persistir, puede llevar a enfermar. Si bien en México no es reconocido como una enfermedad por sí misma, conduce a una alteración del estado de salud o a la vulnerabilidad para desarrollar otros procesos patológicos (Shirom, 2009).

3.1.4 Modelos psicosociales que interpretan el síndrome de burnout

Desde la aparición del concepto a la fecha el tema del SBO ha experimentado una gran difusión, basada en el interés por la calidad de vida laboral de los empleados, por el impacto que tiene sobre la calidad de la atención al usuario o clientes de las instituciones y especialmente por el impacto que tienen sobre la salud de quien lo padece. Con ello, se han generado diversas propuestas explicativas a través de varios modelos de relación entre las variables implicadas (Ufarte, 2013).

Así en 1999, Gil-Monte y Peiró sistematizaron la información surgida de los modelos psicosociales elaborados hasta ese momento, agrupándolos en función de las teorías en que se basaron para su construcción:

Teoría Sociocognitiva del Yo

En términos generales, en esta teoría se recoge las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del SBO, quien considera que: a) las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen; a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás y b) la creencia o el grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades, determinará el empeño que el sujeto ponga para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, así como ciertas reacciones emocionales que acompañan a la acción como la depresión o el estrés.

Bajo esta teoría pueden distinguirse modelos donde la variable relevante para el desarrollo del síndrome es la autoeficacia percibida, ejemplos de ello son el Modelo de Competencia Social de Harrinson (1983), el Modelo de Cherniss (1993) y el Modelo de Pines (1993). En el Modelo de Autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993), la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo es la variable que determina el desarrollo del síndrome.

Teoría del Intercambio Social

Explica el cambio social y la estabilidad como un proceso de intercambios negociados entre personas. Propone que las relaciones humanas se construyen a través de un análisis de costo-beneficio y su comparación con otras alternativas.

Tanto el Modelo de Comparación Social de Buuk y Schaufeli (1993) como la Teoría de la Conservación de Recursos de Hobfoll y Freddy (1993) derivan de la teoría antes mencionada y en general, proponen que el síndrome de burnout tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales.

Teoría Organizacional

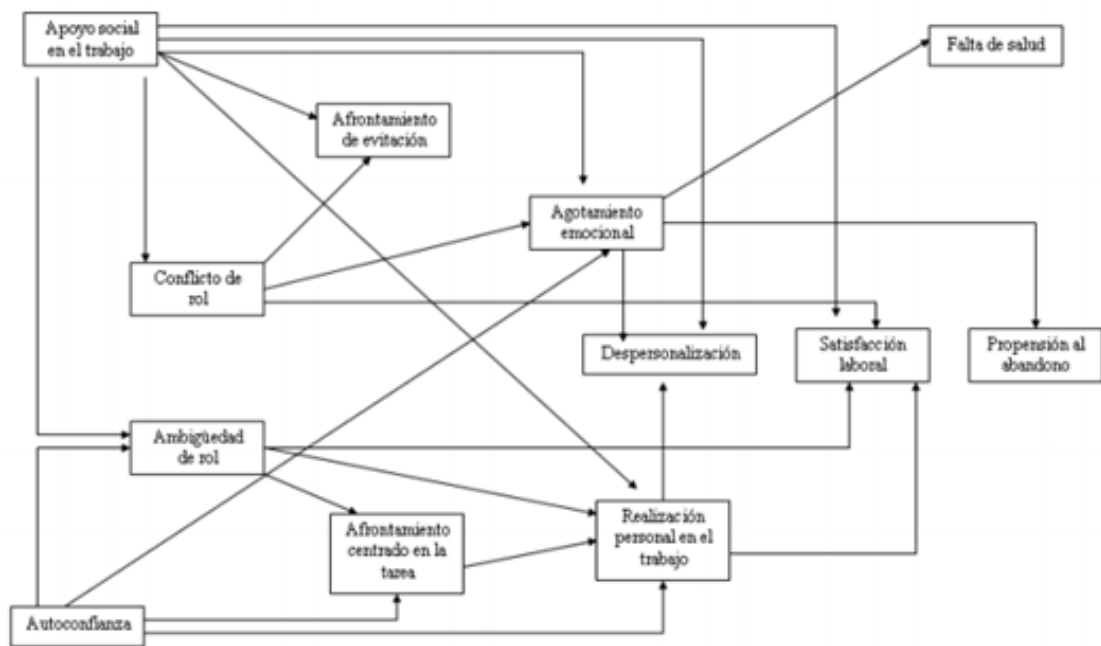
Estudia las estructuras organizacionales y su diseño. Comprende la descripción y la explicación de la naturaleza, tipología, estructura, procesos y funciones de las entidades.

El énfasis en la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleados por las personas

ante la experiencia de “quemarse” es lo que distingue a modelos como el de Golembiewski (1983), que destaca las disfunciones de los procesos de rol, la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del síndrome. El modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) destaca la importancia de la salud de la organización. Y el modelo de Winnubst (1993) que destaca la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional.

Estos modelos incluyen al síndrome de burnout como una respuesta al estrés laboral.

En 2012, Mansilla coincide con esta revisión pero ahora incorpora el Modelo Estructural sobre la etiología, proceso y consecuencias del síndrome de burnout elaborado por Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1998). Dicho modelo enfatiza que el síndrome de burnout puede ser conceptualizado como una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales (estrategias de afrontamiento activo o de evitación) no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias (falta de salud, baja satisfacción laboral, intención de abandonar la organización, etcétera).



Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel

Fuente. Mansilla (2012). Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica

Se considera que este modelo destaca el papel de las variables personales, a las estrategias de afrontamiento y las variables organizacionales que participan en el proceso de estrés laboral. Modelo que Moreno-Jiménez y colaboradores en el 2000 lo identifican como modelo teórico transaccional e interactivo.

En términos generales, en este modelo se conjetura que el proceso está siendo modulado en cada una de sus fases por las variables propias de las personas y las conductas desarrolladas y en consecuencia el burnout aparece en función de la vulnerabilidad o resistencia del sujeto y de su incapacidad para abordar de una manera activa y positiva las fuentes potenciales de estrés.

Si bien se han encontrado variables de personalidad vinculadas a la aparición del burnout por ejemplo, locus de control externo, patrón de conducta tipo A (Corredor y Monroy, 2009), falta de autoconfianza y el autoconcepto negativo en la propia eficacia laboral (Domínguez, Padilla, Domínguez y Domínguez, 2013), también se han encontrado variables de personalidad positivas que se han considerado ayudan a afrontar o moderar los efectos del burnout, entre ellas podemos incluir a la autoeficacia (Grau, Salanova y Peiró, 2001, León-Rubio, Cantero y León-Pérez, 2011), locus de control interno (Cascio, Magnano, Elastico, Costantino, Zapparrata y Battio, 2014) y la personalidad resistente (de la Vega, Ruiz, Gómez y Rivera, 2014). Variables que se revisarán más adelante.

3.1.5 Evaluación del Síndrome de Burnout

El Maslach Burnout Inventory (MBI) fue uno de los primeros instrumentos de medición del burnout validado científicamente (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001) y es el más utilizado en la investigación académica (Amigo, Asensio, Menéndez, Redondo y Ledesma, 2014; Dyrbye y cols., 2010; López y cols., 2014; McCray y cols., 2008; Ortiz-Acosta y Beltrán-Jiménez, 2011). Dicho instrumento refleja la preocupación de los científicos por los profesionales que se ocupan en actividades orientadas hacia los servicios sociales y cuidados a la salud (ejemplo, médicos, enfermeras, trabajadores sociales).

Aún cuando se han construido versiones del MBI aplicables a otros grupos de profesionales (docentes, población en general, estudiantes), actualmente se siguen planteando nuevas perspectivas de evaluación que por un lado superan algunas de las limitaciones conceptuales y psicométricas de este instrumento y por otro, la necesidad de ampliar la investigación a otro tipo de profesionales, como directivos y mandos intermedios de cualquier tipo de organización, trabajadores del sector bancario, bomberos, entrenadores, militares, deportistas, sacerdotes, amas de casa, cuidadores, estudiantes universitarios, periodistas, etc.

En consecuencia, en el año 2000 se inició el desarrollo de nuevos instrumentos que suponen una reconceptualización del síndrome como:

- Copenhagen Burnout Inventory (CBI) desarrollado por Kristensen, Borritz, Villadsen y Kristensen en su versión actualizada en 2005. El CBI evalúa el desgaste profesional en tres dimensiones relacionadas con aspectos personales, del paciente y del trabajo.
- Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) actualizada por Halbesleben y Demerouti (2005) que incluye sólo 2 dimensiones: agotamiento (exhaustion) y falta de compromiso con el trabajo a desarrollar.
- Cuestionario de Burnout del Profesorado-Revisado (CBP-R), cuestionario elaborado por Moreno-Jiménez, Garrosa y González

(2000), que permite evaluar los procesos de estrés y burnout asociados a la profesión docente, así como las variables antecedentes de carácter organizacional y laboral que pudieran estar influyendo en estos procesos.

- Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería-A (CDPE-A), elaborado por Moreno, Garrosa y González (2000). Este instrumento parte de considerar al SBO como un proceso y evalúa gran parte de las variables intervinientes en el proceso de desgaste profesional en enfermería. Específicamente, se incluyen los siguientes elementos: a) Factores antecedentes del desgaste profesional propios del ámbito organizacional hospitalario (inherentes al trabajo, macroorganizativos e interpersonales): interacción conflictiva, sobrecarga, contacto con la muerte y el dolor, ambigüedad de rol; b) síndrome de desgaste profesional, se evalúa teniendo en cuenta las tres dimensiones clásicas propuestas por Maslach y Jackson: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal; c) consecuencias del síndrome a nivel individual y organizacional: consecuencias psicológicas, consecuencias organizacionales, consecuencias sociofamiliares y consecuencias físicas y; d) Variables moduladoras de la génesis y el desarrollo de desgaste profesional, incluye medidas para las tres dimensiones de personalidad resistente: compromiso, reto y control. También se recogen índices para tres estrategias de

afrontamiento: búsqueda de apoyo social, afrontamiento directo y evitación.

- Cuestionario de Desgaste Profesional en Médicos (CDPM), desarrollado por Moreno-Jiménez, Galvez, Garrosa y Mingote (2006). Está compuesto por 4 escalas que se pueden utilizar de forma independiente o conjunta (proceso de desgaste profesional): Escala de Antecedentes del Desgaste Profesional Médico, Escala del Síndrome de Desgaste Profesional Médico, Escala de Consecuentes del Desgaste Profesional Médico y Escala de Personalidad Positiva. El formato de respuesta es de tipo Likert con cuatro puntos, donde 1 es «totalmente en desacuerdo» y 4 «totalmente de acuerdo».
- Cuestionario de Burnout para Amas de Casa (CUBAC) desarrollado por González, Landero y Moral (2009) para evaluar el síndrome de burnout en mujeres que realizan trabajo doméstico exclusivamente o que además llevan a cabo un trabajo remunerado. Consta de 21 ítems tipo Likert con un rango de respuesta de 1 a 5, organizados en tres escalas: características precursoras o de riesgo, síndrome y consecuencias del síndrome.
- Escala Unidimensional de Burnout en Estudiantes (EUBE), desarrollada por Barraza (2009). Esta escala consta de quince ítems que pueden ser contestados mediante un escalamiento tipo Likert de cuatro valores:

“nunca”, “algunas veces”, “casi siempre” y “siempre”. Los ítems se distribuyen en dos factores: a) indicadores comportamentales; b) indicadores actitudinales.

- Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo (CESQT) elaborado por Gil-Monte (2011). Este cuestionario evalúa los niveles del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Evalúa las cogniciones, las emociones y las actitudes de la persona relacionadas con sus experiencias laborales. Propone también la pérdida de la «ilusión» como elemento integrante del síndrome.

3.1.6 Intervención

Actualmente se tiene claro que el síndrome de burnout es el resultado del contexto laboral desfavorable, de las características individuales y del tipo de afrontamiento utilizado, así como la relación entre estos elementos.

Desde esta perspectiva Chacón, Grau y Reyes (2012) exponen algunas recomendaciones derivadas de una revisión en la literatura especializada, organizada en dos grandes grupos: a) las orientadas a mejorar el clima sociolaboral de las instituciones y b) las dirigidas a los individuos.

a) Dirigidas a las Instituciones. Se refiere a los procesos de acción que tratan de cambiar el contexto organizativo, político y técnico de las funciones laborales. En otras palabras, mejorar el diseño de los puestos de trabajo, de la organización, de las condiciones de trabajo.

En ese sentido, las acciones pueden dirigirse a:

- La comunicación. Diálogos entre los trabajadores y la dirección, formación en manejo o expresión de emociones, trabajo en equipo, relaciones con la administración, relaciones entre diferentes áreas de la institución, entrenamiento en habilidades sociales, etc.
- Las políticas y prácticas de dirección de personal. Se recomienda la formación de directivos a través de seminarios de liderazgo o seminarios dirigidos al desempeño de roles y sus disfunciones (ambigüedad de rol, conflicto de rol y multiplicidad de roles), diseñar los puestos de trabajo y tareas, reducir la carga de trabajo, reducir los niveles jerárquicos, imagen corporativa de los equipos, etc.
- Aspectos de la organización que afectan a los trabajadores y a los equipos de trabajo. Fomentar una buena atmosfera de equipo creando espacios comunes, objetivos comunes, métodos de interacción participativa, permitir la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo,

conceder autonomía a los trabajadores, incrementar la competencia colectiva entre otras cosas para identificar factores de riesgo y anticiparlos, en la generación de alternativas en los procesos de solución de problemas y su capacidad de aprendizaje a través de experiencias previas, etc.

- b) Dirigidas a los individuos. Se refiere a las acciones necesarias que faciliten, desarrollen o preserven elementos individuales que permitan cumplir con la misión institucional. Se hace referencia al conocimiento, a los valores, actitudes y habilidades, individuales o grupales que potencien los recursos personales y les permitan adoptar conductas saludables. Las variables recomendadas a tomar en este rubro son: sentimiento de pertenencia, compromiso, motivación, satisfacción, sociabilidad, aprendizaje, uso o aprendizaje de estrategias de afrontamiento, información sobre estrés, actuación sobre las respuestas del desgaste profesional (reconocimiento del problema) práctica de hábitos saludables, fomentar el apoyo social y las buenas relaciones humanas entre compañeros y jefes, desarrollo de habilidades socio-comunicativas, estrategias para el manejo del tiempo en forma eficaz, etc.

La investigación, valoración e interés por prevenir y modificar el síndrome de burnout ha llevado a la búsqueda de variables de personalidad que puedan ser predictoras o asociadas al problema y que puedan abonar

elementos para comprender mejor el origen del mismo. Entre las variables de personalidad estudiadas que han resultado predictoras o asociadas al síndrome se encuentran el locus de control (Tella, Tella y Adeniyi, 2011), la autoeficacia (Cascio, Magnano, Elastico, Costantino, Zapparrata y Battiato, 2014) y la personalidad resistente (Moreno-Jiménez, Garrosa, Corso, Boada y Rodríguez-Carvajal, 2012).

Acudir a variables de personalidad en busca de explicaciones, para Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000b) obliga al reconocimiento de las diferencias individuales, de las particularidades del organismo y de la personalidad. Todo ello integrado en un sistema de conductas que proporcionan a las personas una estructura psicológica con un perfil de resistencia o de vulnerabilidad para desarrollar conductas activas o respuestas simplemente reactivas y pocas veces adaptativas. Dicha concepción aplicada a los procesos de estrés supone que las personas responden de forma diferente ante los mismos estresores.

Con este planteamiento han surgido diferentes modelos que intentan determinar las fuentes de resistencia y de variación de las personas al estrés. En este sentido, resultan de particular interés tres modelos teóricos que permiten analizar un conjunto de creencias sobre uno mismo y su relación con el mundo o ambiente que le rodea.

En términos generales, las creencias de control, se refieren a la representación subjetiva de las propias habilidades para controlar o modificar hechos importantes en la vida. Dentro de las creencias de control pueden distinguirse aquellas que se relacionan con la localización del dominio (locus de control), las que se relacionan con la eficacia para ejercerlo (autoeficacia) y las que convierten las circunstancias estresantes en oportunidades de crecimiento (personalidad resistente), las que se analizan a continuación.

3.2. Locus de Control

3.2.1 Antecedentes

De acuerdo con Norman y Bennett (2001), la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter (1954) proporciona la base teórica general del constructo *locus de control*. En esta teoría, la probabilidad de que ocurra un determinado patrón de conducta depende de las expectativas del individuo acerca de los resultados a los que conducirá dicha conducta y de los valores percibidos de esos resultados a través de su historia de aprendizaje. Para Cutlip (2002), esto significa que la forma en que una persona percibe las consecuencias (refuerzos) de su comportamiento tiene un efecto sobre el comportamiento futuro.

De acuerdo con Cui (2013) y Millet (2005), la teoría tiene cuatro variables fundamentales: el potencial de conducta (PC), la expectativa (E), el valor del reforzador (VR) y la situación psicológica, relación que se simboliza de la siguiente manera:

$$PC = f(E \text{ \& } VR)$$

El potencial de conducta es la probabilidad de que una persona elija un comportamiento particular en respuesta a estímulos particulares. En cada situación, tiene una selección de posibles comportamientos, la conducta utilizada es la que tiene mayor potencial de refuerzo.

El valor del reforzador es la importancia que la persona concede a una determinada consecuencia de su acción. Es una evaluación de los resultados positivos de una situación. El refuerzo es un término que significa el resultado positivo de una situación.

La expectativa, como su nombre lo indica, es aquello que la persona espera que suceda como consecuencia de su comportamiento. Es la creencia subjetiva de que puede haber diversos resultados como posibles consecuencias de sus actos los cuales tienen diferentes probabilidades de ocurrir. La expectativa es independiente del valor o la importancia del refuerzo.

La situación psicológica, se refiere a la percepción que la persona tiene de la situación o contexto en que va a manifestar un comportamiento. Dicha percepción influirá tanto en el valor del reforzador como en la expectativa.

Como fruto de las experiencias con los demás, la gente se forma expectativas acerca de la probabilidad de las consecuencias de su conducta, y actúa según aquellas y según el valor que concede a los posibles resultados (Cutlip, 2002).

En términos generales, para esta teoría, los individuos consideran la probabilidad de las consecuencias de sus acciones en cada situación y actúan

basados en sus creencias. Es decir, la gente hará lo que cree que la llevará a los reforzadores que valora.

Y es bajo esta perspectiva donde surge el concepto de *locus de control*, para hablar de expectativas generalizadas relacionadas con la percepción que se establece sobre la relación entre nuestras acciones y los resultados experimentados.

3.2.2 Definición

Para Marín (2007), Medina y García (2002), la palabra “*locus*” viene del latín y significa “sitio”, por tanto el constructo tiene relación con la localización en donde se sitúa el control.

Para Rotter (1954) el *locus de control* es un constructo que se ocupa de orientaciones o creencias personales respecto al refuerzo que sigue un comportamiento (Cui, 2013). En este sentido, si una persona percibe un resultado contingente a sus propias acciones entonces ese resultado (positivo o negativo) fortalecerá o debilitará el comportamiento, caso contrario, si la persona cree que el resultado es controlado por fuerzas ajenas a él, ya sea por el azar, el destino u otros individuos, el resultado no logrará potenciar o debilitar el comportamiento (Reece, 2010).

Sorondo y Brenlla (2011) señalan que el locus de control es un constructo que comprende el grado en que las personas creen tener control sobre los eventos y sus vidas (locus de control interno) y el grado que ellas creen que son víctimas de la suerte y de las circunstancias externas (locus de control externo). Oros (2005) menciona que el locus de control “se refiere a la posibilidad de dominar un acontecimiento según se localice el control dentro o fuera de uno mismo”.

Según Arocha y Lezama (2007), Rotter (1966) conceptualizó la variable oscilando alrededor de dos extremos: en uno está la internalidad, propia de aquella persona que percibe una relación causal entre el refuerzo y las propias capacidades, características o comportamientos y en el otro extremo está la externalidad característica de la persona que asume que el origen del refuerzo es atribuible a factores no controlables como el azar, la suerte, el destino u otros imponderables.

Chen y Wang (2007) resumen afirmando que el concepto se refiere a la percepción de las personas respecto de su capacidad para ejercer el control sobre el medio ambiente”, lo cual es asumido por Ortiz y Ortega (2011) quienes afirman que el locus de control se refiere a la creencia de las personas sobre qué o quién es responsable de lo que les ocurre, lo que se puede traducir en términos de si es uno mismo (locus de control interno) o son fuerzas externas las que controlan los resultados de la conducta (locus de control externo).

Para 1972, Levenson cuestionaría la pertinencia de combinar bajo el rubro de "control externo" expectativas como el destino, suerte y otros poderosos, argumentando que entre estos tipos de expectativas existen dos tipos de orientación externa, por un lado, la creencia básica de que el mundo es de naturaleza desordenada y aleatoria; y por el otro, la creencia básica de que en el mundo existe orden y previsibilidad junto con la expectativa de que otros poderosos están en control.

Lo anterior, llevó a Levenson a realizar un análisis factorial de la escala de Rotter y revisiones teóricas que le permitieron introducir algunos aportes al abordaje del constructo, entre ellos separar dentro del factor externalidad, las dimensiones "otros poderosos" y azar o destino". Donde la dimensión "suerte o destino" incluye aspectos de azar, suerte, destino, sucesos accidentales, etc., mientras que la externalidad "otros poderosos" hace referencia a la acción de atribuir a otros lo que a uno le sucede (Cui, 2013).

El argumento de multidimensionalidad de Levenson fue considerar que las personas que creen en otros poderosos (segunda orientación externa) se comportan y piensan de forma diferente de los que sienten que el mundo es desordenado e impredecible (primera dimensión externa), además de la consideración de que ser "externo" no siempre será "indeseable, inadaptados o malo" (Levenson, 1981).

En 2005, Oros realiza una revisión teórica del constructo donde aporta un resumen de las dimensiones propuestas por los diferentes autores que ella consideró, además de las propuestas por Rotter, y las agrupo en cinco dimensiones denominadas:

- Medio de control. Responde a la pregunta ¿Por medio de *qué* o *quién* es ejercido el control? Si la atribución es externa, la persona percibe que el control esta fuera de ella y que se ejerce mediante el poder de personas específicas (otros poderosos) o de nadie en particular, siendo atribuido al azar, destino o suerte (fatalismo). En la atribución interna, el sujeto asume que la facultad de control la tiene él y lo ejerce a través de su relación afectiva con otros (control afectivo), o mediante el esfuerzo propio (instrumental).
- Agente de control. Responde a la pregunta ¿Quién ejerce el control? El control se puede ejercer a nivel individual (dominio personal, “yo”) o a nivel colectivo (ideológico, “*mucha gente*”, “*todos*”).
- Objeto de control. Responde a la pregunta ¿Sobre quién se ejerce el control? Este puede ser ejercido sobre una persona en particular (padres, hijos, maestros) o sobre instituciones.
- Momento de control: Se refiere a si la experiencia se asocia a éxito o fracaso.

- Sucesos: Corresponde a si estas experiencias, ya sean éxito o fracaso, forman parte de nuestros recuerdos (pasado) o de nuestras expectativas (futuro).

Si bien el paso de una formulación unidimensional a una formulación multidimensional del constructo sigue siendo objeto de consideraciones, esto ha contribuido a la generación de estudios que con el paso del tiempo han permitido mayor entendimiento del constructo y posibilitando la construcción de nuevas escalas para su operacionalización.

Oros (2005) lo atribuye a la importancia que diversos autores le confieren al *locus de control* como un importante recurso de afrontamiento que tienen gran relevancia como factor predictivo de otras variables actitudinales, afectivas y comportamentales. O como señala Marín (2007) *locus de control* es una variable que puede permitir una predicción confiable de la conducta futura de una persona en relación con su toma de decisiones.

3.2.3 Evaluación de Locus de Control

Aún cuando la mayoría de las revisiones sobre el tema se menciona a Rotter como pionero en la evaluación del constructo (Brenlla, Vázquez y Tirchetti, 2010; Chen y Wang, 2007; Haider y Naeem, 2013; Oros, 2005), él en 1966 da el crédito a Phares (1957) como el primero en utilizar como variable

psicológica al locus de control externo para intentar medir diferencias individuales en expectativas generalizadas. Quién desarrollo una escala tipo Likert con 13 ítems que miden orientaciones internas y 13 ítems que miden orientaciones externas. Sin embargo, dicha escala mostró bajas predicciones para las personas con locus externo.

Interesado por el trabajo de Phares y bajo la tutela de Rotter, James (1957) hizo una revisión de la escala dando como resultado el desarrollo de la ***Escala locus de control interno-externo de James***, que fue utilizada en algunas investigaciones con correlatos de las diferencias individuales en una expectativa generalizada de control interno-externo (Cui, 2013; Halpert y Hill, 2011).

Posteriormente Liverant y Scodel (1960) ampliaron la *Escala James-Phares* a 100 ítems de elección forzada cada uno comparando una creencia interna con una creencia externa. La amplitud de dicha versión permitió desarrollar subescalas en diferentes áreas, tales como el logro, el afecto, actitudes sociales, políticas generales y el control de la deseabilidad social. Esta versión quedo reducida a 60 ítems después de ser analizada por ítems y por factores bajo el criterio de consistencia interna. Debido a que la versión de 60 con sus respectivas subescalas no estaba generando predicciones separadas, se abandonó la idea de medir subareas específicas de locus interno-externo.

Para 1961, Liverant, Rotter y Crowne realizaron la depuración y reducción de la escala de 60 ítems quedando en 23 ítems a la que añadieron 6 ítems de relleno destinados a hacer algo más ambiguo el propósito de la prueba, por lo que la versión final de la escala quedo conformada por 29 ítems de elección forzada, que a la fecha se conoce como la **Escala I-E de Rotter**.

Aunque la medida de locus de control de Rotter (1966) ha sido ampliamente citada por los investigadores, también ha sido muy criticada por la percepción dicotómica: internalidad o externalidad, considerándola en este sentido limitada.

Autores como Levenson (1974) argumentaron que el locus de control no era unidimensional y que debía tomarse en cuenta factores como percepción de experiencia sobre la vida personal, expectativas de control sobre situaciones políticas y puntos de vista acerca del papel de fuerzas internas y externas en la vida social. Para Levenson el concepto de locus de control externo estaba muy reducido y en su opinión podría estar mejor entendido si éste se dividía en dos dimensiones, otros poderosos y azar (Cui, 2013).

Bajo esta perspectiva, Levenson (1974) desarrolló una escala de 24 ítems tipo Likert de 6 puntos con tres subdimensiones (Internalidad, Otros Poderosos y Azar) integradas de 8 ítems cada una, conocida como la **Escala IPC de Levenson**. A pesar de considerarse una escala con una alta consistencia interna y haberse popularizado en diferentes estudios, también

recibió críticas respecto de su validez de constructo al no mostrarse efectividad cuando se utilizaba con participantes de diferentes edades y en áreas diferentes bajo el cual fue diseñado (Norman y Bennett, 2001).

Con el objetivo de medir las creencias de locus de control entre los diferentes grupos de edad, Nowicki y sus colegas desarrollan una serie de escalas específicas por edad, entre estas, se encuentra la **Escala Control Interno-Externo para Niños (CNSIE)** (Nowicki y Strickland, 1973) y la **Escala de Control Interno-Externo para Adultos (ANSIE)** (Nowicki y Duke, 1974), ambas escalas constan de 40 ítems con respuestas forzadas de tipo sí o no.

En 1978, Wallstone, Wallstone y DeVellis desarrollaron la **Escala Multidimensional de Locus de Control en Salud (MHLC)**, por sus siglas en inglés), para describir diversos tipos de control relacionadas con las creencias de las personas vinculadas con su estado de salud, a través de tres subescalas: Creencias internas (IHLC), Creencias en Otros Poderosos (PHLC) y Creencias en Azar (CHLC). Esta escala cuenta con tres versiones, dos de las cuales (formato A y B) se ocupan del estado general de salud mientras que la tercera versión (formato C) evalúa las cogniciones relacionadas con un estado de enfermedad específico (Athale, Aldridge, Malcarne, Nakaji, Samady y Robins, 2010).

En 1981, Lefcourt desarrolla la **Escala de Causalidad Multidimensional-Multiatribucional** para usarse en población general y mide

“afiliación” y “logro”. La escala está integrada por ítems relacionados con experiencias de fallas o de éxito. La escala también se puede dividir en cuatro categorías de atribución:

1. Interna / Estable (atribuido a la habilidad o la capacidad)
2. Interna / inestable (atribuido a esfuerzo y motivación)
3. Externa / Estable (atribuido a contexto)
4. Externa / inestable (atribuido a la casualidad o la suerte)

Debido a que la mitad de la escala son ítems que miden internalidad y la otra mitad externalidad, puede utilizarse por separado (Halpert y Hill, 2011).

Lau y Ware (1981) desarrollaron otro instrumento denominado **Escala de Creencias de Locus de Control Específico en Salud** de 27 ítems. Encontraron cuatro factores en la estructura de la escala y sugirieron que los resultados referentes a las cogniciones sobre la salud se deben a las creencias en el azar, en el poder de otros, en uno mismo y en el miedo (amenaza) (Juan, 2001).

Con ello la proliferación de medidas multidimensionales en dominios específicos entre las que se puede mencionar:

Escala de Locus de Control relacionada con el Beber (DRIE) de Keyson y Janda (1972), *Escala de Locus de Control de la Enfermedad Coronaria* de O'Connell y Price (1985), *Escala de Locus de Control de la Salud Fetal* (FHLC)

de Labs y Wurtale (1986), *Escala de Locus de Control de la Diabetes* Ferraro de Price, Desmond y Roberts (1987), *Escala de Locus de Control de la Depresión* de Whitman, Desmond y Price (1987), *Escala de Locus de Control de la Hipertensión* de Stanton (1987), *Escala de Locus de Control en Cáncer* de Pruyn, Van der Borne, De Reuver, De Boer, Bosman, Pelkwijk y Jong (1988), *God Locus of Health Control (GLHC)* de Wallston, Malcarne, Flores, Hansdottir, Smith, Stein, Weisman y Clements (1999) y la *Escala de Locus de Control relacionado con el tráfico* desarrollada por Ozkan y Lajunen (2005) para investigar posible relación entre el locus de control del conductor y comportamientos de manejo riesgoso o peligroso.

Si bien lo anterior no es una revisión exhaustiva de todos los instrumentos que existen para medir locus de control si permite tener un panorama general de donde derivan y cuál ha sido su propósito al ser desarrolladas. Evidentemente la conceptualización original de Rotter de locus de control es y sigue siendo la base para construir escalas más específicas y refinadas.

3.2.4 Investigaciones en Locus de Control

Desde la aparición del constructo a la fecha se han generado diversos estudios que han vinculado al *locus de control* con numerosas variables para contar con una posible explicación de cómo se relaciona éste con la salud y bienestar de las personas.

Morowatisharifabad, Mahmoodabad, Baghianimoghadam y Tonekaboni (2010), comparten la idea de Rodin (1986) que una persona con un alto control percibido puede tener mejor salud general, esto debido a que tiene más probabilidades de adoptar medidas que le sean favorables para su salud. Esto sugiere que el aumento de percepción de control del individuo (locus de control interno) sobre su salud puede conducir a la mejora de la salud persona al obtener mejores resultados terapéuticos.

Al estudiar el locus de control con aspectos laborales, investigadores como Koeske y Kirk (1995) (citado en Oros, 2005), han encontrado que las personas con locus de control interno presentan mejor calidad en sus trabajos, alta satisfacción laboral, menor fatiga emocional y menor tasa de conflictos laborales, con lo que concluyeron en su estudio que el locus de control ayuda a amortiguar el efecto de síntomas físicos y emocionales de la enfermedad.

En 2014, Cascio, Magnano, Elastico, Costantitno, Zapparrata y Battiato al investigar el papel de las creencias de autoeficacia y locus de control como recursos para afrontar exigencias laborales en profesores de escuelas públicas encontraron que los profesores con locus de control externo y con más de 50 años de edad reportaron mayores niveles de estrés en comparación con los de locus de control interno. El principal hallazgo de este estudio parece sugerir que el estrés sea considerado como una variable determinada por la persona, y la personalidad depende de las percepciones individuales de la propia realidad.

Al llevar el estudio del locus de control en ambientes escolares, se ha encontrado que las personas que tienen locus de control interno, son mejores alumnos, se manejan mejor frente a problemas y conflictos de la vida cotidiana, tienen mayor autoeficacia y presentan mejor ajuste social.

Bajo esta perspectiva, Mutlu, Balbag y Cemrek (2010) en un estudio que llevaron a cabo con estudiantes universitarios para conocer el papel de la autoestima, locus de control y cinco rasgos de personalidad para predecir la desesperanza, reportaron que el locus de control interno, la autoestima y la extraversión fueron buenos predictores de la desesperanza.

De igual forma, se ha relacionado el locus de control, autoeficacia e interés escolar y su relación con el rendimiento académico en estudiantes de secundaria (Tella, Tella y Adeniyi, 2011). Dichos autores encontraron que a pesar de la potencia que tienen las tres variables en conjunto para lograr un buen rendimiento académico recomiendan que los estudiantes desarrollen el locus de control (interno) para que sean capaces de siempre atribuir su éxito a sus propios esfuerzos.

En la búsqueda de aportes del constructo *locus de control* en diferentes contextos culturales Stocks, April y Lynton (2012) desarrollaron un estudio comparando dos poblaciones: África del Sur y China. Encontrando marcadas diferencias tanto en el locus de control y el bienestar subjetivo, afirmando que

la cultura es un principal factor a tomar en cuenta en la comprensión del constructo y de las diferencias a nivel psicológico.

García-Campos y García-y-Barragan (2011) interesados por conocer si la interiorización de las normas culturales o el alejamiento de ellas puede tener un efecto en la percepción del control de lo que les sucede a las personas, realizaron un estudio en cinco municipios del estado de Guanajuato, México, encontrando que el Locus de Control interno es lo que caracteriza a los mexicanos, incluyendo a los guanajuatenses. Dicha afirmación la apoyan con dos argumentos principales, por un lado, consideran a la educación un agente de cambio y que ésta afecta en el tipo de atribuciones, por lo que a mayor número de años de estudio, el control interno se incrementa y, el externo presenta un decremento; por otro lado, refieren que la cultura tradicional mexicana socializa a sus integrantes de tal manera que sean obedientes (para que el control esté fuera de ellos), y que le den un peso considerable a las opiniones externas, que quieran ser como sus padres han sido, entre otras; Sus datos muestran que las personas más tradicionales atribuyen externamente, con mayor frecuencia, que aquellas personas alejadas.

Galindo y Ardila (2012) estudian el papel del locus de control, autoeficacia e indefensión aprendida en situación de pobreza. Encontrando en la población de estudio predominio de atribuciones generales externas, relacionadas principalmente con Dios, el destino o la suerte; tendencia marcada a pensar que no podían hacer nada por cambiar su situación

socioeconómica, viéndola como una condición y no como un estado. Y es justamente ahí afirman los autores “donde surge el reto de la psicología de lograr el equilibrio entre la espiritualidad, la fe, la toma de decisiones y la autogestión para desarrollar estrategias de superación de la pobreza”.

También se ha explorado la influencia potencial que puede tener la religión sobre la salud. Karvine y Carr (2014) estudiaron la “creencia en Dios” que es una dimensión adicional del locus de control externo de acuerdo con Wallstone y cols. (1999). Sus resultados fueron consistentes con el concepto básico locus de control en salud, encontrando que quienes tenían un locus de control interno reportaron mejor control de su salud, mientras que los de locus de control externos no. En este sentido, los que tuvieron una fuerte creencia de que Dios tiene el control de su salud se mostraron más vulnerables a la enfermedad crónica en comparación con los que sentía que Dios no tenía ninguna influencia sobre su salud.

3.3. Autoeficacia

3.3.1 Antecedentes

La Teoría de Autoeficacia fue desarrollada dentro del marco de la Teoría Social Cognitiva (SCT, por sus singlas en inglés) por Bandura en 1977. En términos generales, en la SCT se plasma una visión de la acción humana donde las personas están activamente involucradas en su propio desarrollo y puede hacer que las cosas sucedan por sus acciones.

En ese sentido, se postula que el funcionamiento humano resulta del producto de la interacción dinámica entre factores conductuales, personales internos (cognitivos, emocionales y propiedades biológicas del organismo) y las condiciones externas ambientales (Ede, Hwang y Feltz, 2011; Schunk y Meece, 2005), lo que Bandura (1998) llamó reciprocidad triádica.

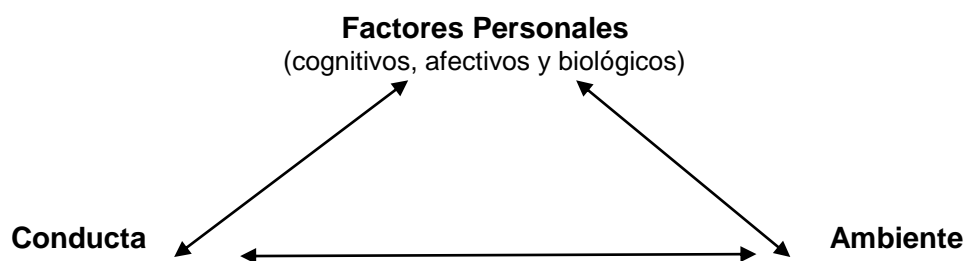


Figura 2. Modelo de las relaciones entre las tres clases de determinantes en la concepción de Bandura de reciprocidad triádica

En la SCT, las personas no son impulsadas ni por fuerzas internas ni controladas en forma automática por el ambiente, más bien funcionan como un contribuyente activo a su propia motivación, comportamiento y desarrollo en el sistema de interacciones recíprocas de influencia. En este contexto, las personas son producto y productores de su propio entorno y de sus sistemas sociales al estar constantemente interpretando los resultados de su comportamiento que permite retroalimentar y modificar su entorno a partir de los recursos personales que poseen para emitir un nuevo comportamiento (Pajares, 2003).

Ya en 1982, Bandura, Reese y Adams habían apuntado que el inicio y la regulación de las transacciones de las personas con el medio ambiente estaban parcialmente gobernadas por los juicios de autoeficacia ya que estos no tan solo llevan a las personas a evitar situaciones que creen excede sus capacidades de afrontamiento sino también determinan la cantidad de esfuerzo que invertirán y el tiempo que resistirán frente a los obstáculos o las experiencias aversivas. Cuanto más fuerte sea la autoeficacia percibida, más vigorosos y persistentes son los esfuerzos.

3.3.2 Definición

Bandura (1977) definió la autoeficacia percibida como las creencias de los individuos en su capacidad para ejercer control sobre las demandas desafiantes y sobre su propio funcionamiento (Barraza, Ortega y Rosales,

2010; Ede, Hwang y Feltz, 2011; Espada, González, Orgilés, Carballo y Piqueras, 2012).

Por su parte, Schwarzer (1999) definió la autoeficacia generalizada como la confianza en la propia destreza de afrontamiento, que se manifiesta en un rango amplio de situaciones retadoras y que tiene un carácter amplio y estable.

En 2002, Bandura definió a la autoeficacia como los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, con base a los cuales organizará y ejecutará sus actos, para alcanzar el rendimiento deseado.

Resulta importante destacar que existe una gran diferencia entre poseer las habilidades y ser capaz de usarlas bien y consistentemente bajo circunstancias difíciles, ya que para tener éxito no solamente se requiere de las habilidades sino también de una fuerte creencia en nuestras propias capacidades para ejercer control sobre los eventos para lograr las metas deseadas.

Así por ejemplo, personas con las mismas habilidades pueden desempeñarse, pobremente, adecuadamente o extraordinariamente, dependiendo si sus creencias de eficacia les favorecen u obstaculizan la motivación y los esfuerzos para resolver el problema.

Lo anterior, sostiene la idea de que las creencias de las personas acerca de sus capacidades ejercerá efectos en sus vidas de diferentes formas: el tipo de elecciones que hará, el esfuerzo que pondrá para hacerlo, el tiempo que perseverará frente a las dificultades o contratiempos, su capacidad de resistencia y recuperación después de sufrir fallas o contratiempos, y si su patrón de pensamiento es de autoobstaculización o autorecuperación (Bandura, 1988).

Para Salanova (2004), la autoeficacia es un estado psicológico en el que la persona se juzga a sí misma “capaz” de ejecutar una conducta eficazmente en circunstancias determinadas y a un determinado nivel de dificultad. Mientras que para Villamarín y Sainz (2004), es una expectativa referida a la conducta, que puede definirse como la capacidad percibida para realizar una acción concreta en una situación también concreta, antes de llevarla a cabo.

En base a las definiciones anteriores, si se pretende conseguir un cambio en la conducta de la persona, sea cual sea el medio o estrategia que se utilice, será eficaz en tanto genere en el sujeto la sensación de juzgarse capaz de llevarla a cabo. Pero no debe confundirse con ilusión positiva u optimismo poco realista, ya que la autoeficacia se basa en la experiencia y por tanto no conduce a tomar riesgos innecesarios. En lugar de ello, conduce a emprender comportamientos que están al alcance de las propias capacidades del sujeto (Luszczynska, Scholz y Schwarzer, 2005; Schwarzer y Fuchs, 2001).

Esta cognición de “poder hacer” refleja un sentido de control sobre el medio ambiente. Refleja la creencia de ser capaz de dominar las exigencias por medio de acciones adaptativas. Para Bandura, la autoeficacia hace una diferencia en cómo se sienten las personas, piensan y actúan (Luszczynska, Scholz y Schwarzer, 2005).

3.3.3 Fuentes de la autoeficacia

Autores como Akpochafo (2014) y Salanova, Llorens, Acosta y Torrente (2013), señalan que para Bandura las creencias de autoeficacia se desarrollan a través de cuatro fuentes principales de influencia: a) logros de ejecución, b) experiencia vicaria, c) persuasión social y d) estados fisiológicos y emocionales.

a) Logros de ejecución. Considerada la forma más efectiva para crear un fuerte sentido de eficacia, está compuesta por todos los éxitos que la persona ha tenido en situaciones específicas (Bresó, 2008). Los éxitos de las personas, en especial aquellos que se acompañan con la superación de la adversidad, son los que logran construir una creencia sólida en la eficacia personal a diferencia de las situaciones “fáciles” que generalmente hacen que las personas tiendan a esperar resultados rápidos y si estos no se obtienen se desaniman fácilmente por el fracaso (Vaezi y Fallah, 2011).

Pero una verdadera creencia de eficacia requiere experiencia en la superación de obstáculos mediante el esfuerzo perseverante. Es decir, se requiere de pasar por algunos contratiempos y dificultades en actividades que conduzcan a la persona a un propósito útil para la enseñanza de que el éxito por lo general requiere un esfuerzo sostenido.

Después que las personas se convencen de que tienen lo que se necesita para tener éxito, ellos perseveran en medio de la adversidad y rápidamente se recuperan de los contratiempos, emergen más fuertes ante la misma.

b) Experiencia vicaria. De acuerdo con Bandura, es la segunda forma de crear y fortalecer creencias de eficacia. Plantea que observar a personas - con características o habilidades similares a uno- que tienen éxito constantemente, eleva la creencia de que uno mismo también tendrá la capacidad de realizar actividades exitosas. De la misma manera, si se observa que otros fallan a pesar del gran esfuerzo se tiende a disminuir el esfuerzo juzgando su propia eficacia para ello.

Para que el modelamiento sea significativo los modelos percibidos deben tener mayor similitud a la persona que los observa. Es decir, si las personas observan modelos muy diferentes a ellos mismos su autoeficacia percibida no se verá influenciada por el comportamiento de ellos.

Por otra parte, la influencia del modelamiento proporciona una norma social contra la que se juzgan las propias capacidades, por lo que los modelos tenderán a ser aquellas personas en quien se ven las competencias a las que se aspira.

Los modelos competentes transmiten a los observadores sus conocimientos, enseñanzas, habilidades y estrategias efectivas para manejar demandas ambientales a través de su comportamiento y de su forma de pensar.

c) Persuasión social. Es la tercera forma de fortalecer la eficacia de las personas que tienen lo que se necesita para tener éxito. Las personas persuadidas verbalmente de que ellos poseen la capacidad de dominar ciertas actividades tienen más probabilidad de realizar mayores esfuerzos y persistir ante la adversidad, que las personas que tienen dudas y se centran en problemas personales.

La persuasión social puede jugar un importante papel en el desarrollo de la autoeficacia. Para Bandura esta fuente de eficacia tiene además la capacidad de conseguir que las personas que han sido persuadidas negativamente (se les hace creer que carecen de capacidades) que eviten actividades desafiantes aún cuando impliquen para ellas el desarrollo de potencialidades o por el contrario, si ya han iniciado actividades las abandonarán rápidamente a la mínima valoración de dificultad.

Pero también si son persuasiones positivas pero poco realistas, carecen de potencia o se desconfirman rápidamente, cuando los resultados no son acorde al esfuerzo realizado, ya que las personas eficaces miden su éxito en términos de la superación personal, más que por los triunfos sobre otros.

d) Estados fisiológicos y emocionales. Es la cuarta forma de modificar la autoeficacia en las personas. Se dice que las personas juzgan sus capacidades a través de las reacciones psicológicas que experimentan cuando tienen que enfrentarse a ciertas situaciones (Bresó, 2008). Por ejemplo, las sensaciones de angustia, estrés, fatiga, etc., pueden influir en las cogniciones de las personas para que interpreten dichas reacciones como signos de vulnerabilidad, malos resultados, incompetencia o de una posible derrota (Pajares, 1996). Si se están desarrollando actividades relacionadas con fuerza y resistencia e interpretan la fatiga, dolor y molestia como signos de debilidad física, entonces abandonan rápidamente toda posibilidad de continuar en dicha actividad.

El humor también afecta los juicios de eficacia de las personas. El estado de ánimo positivo mejora la percepción de autoeficacia mientras que el estado de ánimo deprimido la disminuye.

Por lo tanto, al cambiar la forma de percibir e interpretar las reacciones de estrés de las personas, modificando su tendencia emocional negativa y con

la modificación de sus malas interpretaciones respecto de su estado físico, se consigue un alto sentido de eficacia, ya que no es la intensidad de las reacciones emocionales y físicas lo importante sino más bien la forma en que son percibidos e interpretados.

3.3.4 Procesos activados por la autoeficacia

De acuerdo con Bandura (1995), la combinación de las fuentes antes mencionadas produce varios tipos de percepciones de autoeficacia que funcionan a través de cuatro procesos que permiten a las personas crear ambientes positivos y ejercer cierto control sobre aquellos a los que se enfrentan día a día.

Procesos cognitivos

Gran parte del comportamiento humano, al ser intencional, es regulado por la planificación que incluye la valoración de metas. El establecimiento personal de metas es influido por la autoevaluación de las capacidades personales; cuanto más fuerte sea la autoeficacia percibida mayor será el desafío para fijarse metas y más firme su compromiso para alcanzarlas.

Una función importante del pensamiento es permitir a la gente planear eventos y desarrollar formas de control que no afecten sus vidas. Estas habilidades requieren procesamientos cognitivos efectivos de la información, que pueden contener muchas ambigüedades e incertidumbres. En este proceso las personas deben recurrir a sus conocimientos para construir opciones, probar y revisar sus juicios sobre resultados anteriores y distales de sus acciones, para recordar qué factores habían probado y como les funcionaron.

Procesos motivacionales

La mayor parte de la motivación humana es generada cognitivamente. Las personas se motivan y guían sus acciones anticipadamente a través de la planeación, esto es, se forman las creencias sobre lo que pueden hacer, anticipan probables resultados de las posibles acciones y en consecuencia, se fijan metas y diseñan un plan de acción para futuras acciones.

Hay tres formas diferentes de motivaciones cognitivas en torno a la cuales se han construido diferentes teorías: a) atribuciones causales, b) expectativas de resultados y c) metas conocidas. Las teorías correspondientes a estos tipos de modificación cognitiva son: Teoría de la Atribución, Teoría de la expectativa-valor y Teoría de Metas, respectivamente. Las creencias de autoeficacia operan en cada uno de estos tipos de motivación cognitiva.

Las creencias de autoeficacia contribuyen a la motivación de varias maneras: determinan el conjunto de objetivos que las personas se establecen; la cantidad de esfuerzo que invierten; el tiempo que perseveran ante las dificultades y su capacidad de resistencia a las fallas.

En este sentido, las personas que dudan sobre sus capacidades, cuando se enfrentan con obstáculos o han experimentado algunos fracasos tienden a renunciar rápidamente o no se esfuerzan lo suficiente en comparación con aquellos que tienen una fuerte creencia en sus capacidades quienes ejercen un mayor esfuerzo cuando se enfrentan con obstáculos, para ellos la perseverancia contribuye a los logros de rendimiento (Fajardo, Iroz, López y Mirón, 2013).

Procesos afectivos

Las creencias de las personas sobre sus capacidades de afrontamiento afectan tanto la cantidad de estrés y depresión que pueden tolerar ante situaciones amenazantes o difíciles como sus niveles de motivación. La autoeficacia percibida ejerce control sobre los factores de estrés que juegan un papel central en la activación de ansiedad.

En este sentido, las personas que creen que pueden ejercer control sobre las amenazas, no activan sus patrones de pensamiento en comparación con aquellos que consideran que no las pueden manejar, quienes experimentan altos niveles de ansiedad al centrarse más en sus deficiencias de afrontamiento. Este tipo de personas ven muchos peligros en su entorno, es decir, tienden a magnificar la intensidad de las posibles amenazas y se preocupan por cosas que posiblemente no ocurren.

Generalmente, a través de este tipo de pensamiento ineficaz se llega a un estado de angustia que afecta el nivel de funcionamiento. La autoeficacia como afrontamiento regula tanto la conducta de evitación como la activación de la ansiedad. Cuanto más fuerte sea el sentimiento de autoeficacia las personas se atreverán a realizar actividades que consideren desafiantes o amenazantes.

Para Bandura (1995), la ansiedad puede ser activada o no, no tan solo por la autoeficacia percibida para hacer frente a situaciones estresantes sino también por la eficacia percibida para controlar pensamientos perturbadores. Bajo esta perspectiva, la autoeficacia percibida es un factor clave para la regulación de procesos de pensamientos que producen estrés y depresión.

En 2004, Martínez sugería que cuando se tiene la capacidad de controlar esos pensamientos la autoeficacia no tan solo puede convertirse en un amortiguador ante los estresores haciendo que éstos tengan un impacto

menos negativo sobre la persona sino también puede hacer que las demandas del ambiente tengan efectos positivos sobre el propio bienestar.

Otro proceso activado por la eficacia en el dominio afectivo es el relacionado con el impacto que tiene la percepción de eficacia y el afrontamiento sobre los sistemas biológicos que afectan la salud. Bandura (1994) argumentaba que no eran los eventos estresantes *per se* lo que provocaban daño, más bien la incapacidad para manejarlos lo que genera efectos biológicos adversos en sistemas como el inmunológico, por ejemplo. El deterioro de la función inmune aumenta la susceptibilidad a infecciones, contribuye al desarrollo de trastornos físicos y acelera la progresión de enfermedades (Taylor, 2007).

Procesos de elección

Las creencias de eficacia personal influyen en los tipos de actividades y entornos que se eligen, si se posee una baja percepción de eficacia las personas evitarán las actividades y situaciones que creen que exceden sus capacidades de afrontamiento, por el contrario tenderán a comprometerse con actividades desafiantes si consideran que son capaces de manejarlas.

Por las elecciones que se van haciendo se desarrollan competencias, intereses y redes sociales que determinan el curso en la vida de las personas.

Así que cualquier factor que influya en el comportamiento de elección puede afectar profundamente la dirección del desarrollo personal.

La elección de la carrera y el desarrollo personal es solo un ejemplo del poder de las creencias de autoeficacia para afectar el curso de los caminos de la vida a través de los procesos relacionados con la elección. Cuanto más alto sea el nivel de la autoeficacia percibida más amplia es la gama de opciones de carreras que se consideran seriamente, mayor será su interés y mejor se prepararan académicamente para las actividades ocupacionales que elijan y mayor será su éxito.

3.3.5 Evaluación de la Autoeficacia

La construcción de una escala de autoeficacia confiable requiere de un análisis conceptual de los factores que influyen en un dominio o área de funcionamiento seleccionado, con ello se permite especificar qué aspectos de la eficacia personal se debe medir.

Finney y Schraw (2003) señalaban que la autoeficacia puede ser medida globalmente o específicamente en un nivel de dominio o tarea en particular. Idea apoyada por Schneider (2011) quien argumenta que cuando las personas comienzan a creer que son capaces de completar una tarea específica en el

nivel deseado de rendimiento, es entonces posible para ellos transferir esas creencias de autoeficacia personales a contextos de autoeficacia global.

Bandura en 2001, señaló que las creencias de eficacia difieren en generalidad, fortaleza y nivel. Las personas pueden juzgarse eficaces en un amplio rango de dominios de actividades o únicamente en algunas áreas de funcionamiento. La generalización de las creencias puede variar entre los distintos tipos de actividades, las modalidades mediante las cuales se expresan las capacidades (conductuales, cognitivas o afectivas), las variaciones situacionales y los tipos de individuos hacia los cuales se dirige el comportamiento.

Las evaluaciones vinculadas a dominios de actividades, contextos situacionales y aspectos sociales manifiestan el patrón y grado de generalidad de las creencias de las personas en su eficacia. Dentro de la red de creencias de eficacia, algunas son de mayor importancia que las otras. Las autocreencias más trascendentes son aquéllas a partir de las cuales las personas estructuran sus vidas.

A partir de ello Bandura recomienda medir la eficacia percibida empleando niveles de demandas de la tarea, los cuales impliquen diversos grados de desafío o impedimento para un rendimiento exitoso. Las evaluaciones de autoeficacia deben informar sobre el nivel de dificultad que las personas creen que pueden superar. Si no hay obstáculos para superar, la

actividad se realiza fácilmente y todas las personas poseerían una percepción de autoeficacia alta en dicha actividad.

Bajo esta perspectiva se han generado diversas escalas que atienden un dominio específico según el área de funcionamiento o la habilidad que se pretende medir. Por ejemplo, si el interés está en evaluar autoeficacia en relación a aspectos escolares, podemos mencionar escalas como: The Morgan-Jinks Student Efficacy Scale (MJSES) (Jinks y Morgan (1999), The Dissertation Self Efficacy Scale (Varney, 2005), Self-Efficacy for Learning (Zimmerman, Kitsantas y Campillo, 2005), Statistics Self-Efficacy Scale (Finney and Schraw, 2003); si se pretende explorar la autoeficacia en relación con algún estado de salud o enfermedad, existen escalas como la Broome Pelvic Muscle Self-Efficacy Scale (Broome, 1999; Medrano, Suárez, De la Casa, Díaz y Chillón, 2013), Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-item Scale (Lorig, Sobel, Ritter, Laurent y Hobbs, 2001), Exercise Self-Efficacy Scale (Bandura, 2005); vocaciones profesionales podemos encontrar escalas como la Self-Efficacy for Multiple Intelligences (MESEI) (Gardner y Bandura, 1999); College Teaching Self-Efficacy Scale (CTSES) (Leonor Prieto, 2006); en otro tipo de áreas se encuentra escalas como la Parental Self-Efficacy Scale de Bandura (2001), por mencionar algunas. Algunos de estos dominios o áreas de funcionamiento pueden a su vez subdividirse en categorías de análisis más pequeñas y específicas. La mayor parte de los instrumentos citados se han empleado a nivel internacional y han evidenciado tener buenas propiedades psicométricas de validez y confiabilidad.

A pesar de lo anterior, diversos investigadores se han interesado en las últimas décadas por la comprensión de una noción de autoeficacia desde un sentido más general y amplio (Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000; Cartagena, 2008; Aguirre y Vauro, 2009; Blanco, 2010), una creencia de autoeficacia que le sirva al sujeto para diferentes y variadas situaciones.

La autoeficacia general es un constructo global que hace referencia a la creencia estable de la gente sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana (Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000). Las investigaciones futuras darán cuenta de los aportes que pueda tener el concepto de autoeficacia general en la explicación de las conductas múltiples, variadas y hasta contradictorias, que presente cotidianamente la persona (Velásquez, 2012).

En relación con la perspectiva general de la autoeficacia, en 1979 Schwarzer y Jerusalem, desarrollaron en Alemania un instrumento que mide la autoeficacia general, es decir, la percepción que tiene la persona respecto de sus capacidades para manejar en su vida diaria diferentes situaciones estresantes. Desde 1981, se desarrolló su versión reducida a 10 ítems la cual ha sido traducida a 28 idiomas y es el instrumento de medida de autoeficacia general que siguen utilizando las investigaciones interesadas en el tema (Akpochofo, 2014; Fajardo, Iroz, López y Miró, 2013; Kardun y Hudek-Knezevic, 2012; Koura y Al-Hebaishi, 2014).

3.3.6 Intervención

De la misma forma que se recomienda adaptar específicamente la evaluación de la autoeficacia para cada conducta o aspecto que se desea medir, ocurre lo mismo con las intervenciones.

Al respecto, Herrera, Medina, Fernández, Rueda y Cantero (2013) han señalado que para una adecuada intervención donde se pretenda utilizar el recurso de la autoeficacia sobre algún comportamiento o habilidad, es importante considerar lo ya establecido por Bandura desde 1995, las expectativas de eficacia personal se desarrollan a partir de cuatro fuentes de información: logros de ejecución, experiencia vicaria, persuasión verbal y los estados fisiológicos del individuo.

Aún cuando las estrategias de acción se dirijan a nivel global o específico de la autoeficacia o se ordenen de forma jerárquica considerando su influencia sobre la autoeficacia percibida, estas serán efectivas siempre que se basen en estas cuatro fuentes (Zinken, Cradock y Skinner, 2008) ya que de alguna manera se propicia que las personas adquieran confianza en sus propios recursos para poder iniciar y mantener una actividad física en particular o algún comportamiento en general (Luszczynska, Schwarzer, Lippke y Mazurkiewicz, 2011).

En este mismo orden de ideas, para Vinaccia, Contreras, Londoño, Cadena y Anaya (2005), un rasgo importante a resaltar y a tener en cuenta para posibles áreas de intervención, es la necesidad de crear condiciones que posibiliten que el individuo adopte unas creencias referenciadas en la autoeficacia de acuerdo a su contexto, además de resaltar y evidenciar las potencialidades y recursos con los que cuenta y que pueden ser utilizados en pro de sus metas y objetivos, tanto a corto como a largo plazo.

Para dichos autores, es importante contextualizarlos en lo que poseen para poder abordar su vida diaria, y de esta manera posibilitar que las personas forjen creencias autoeficaces sobre sus recursos, ya que en muchas ocasiones el sujeto anula sus capacidades y no se da cuenta de sus potencialidades, refiriendo entonces su autoeficacia a unos pocos recursos que logra traer a conciencia, sin tener en cuenta sus capacidades reales y objetivas.

3.4 Personalidad Resistente

3.4.1 Antecedentes

El estudio de las variables de personalidad positiva en relación con el síndrome de burnout (SBO) constituye una tendencia emergente al ser considerado el SBO una importante causa de decremento de la salud y reducción en los niveles de eficiencia en profesionales de la salud (Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang y González, 2008; Schaufeli y Bakker, 2004).

A pesar de que los factores organizacionales y los factores interpersonales provenientes de las demandas emocionales de las personas a las que se debe atender se han identificado como importantes en la génesis del burnout (Garrosa y cols., 2008), la tendencia en su estudio ha focalizado la atención en los recursos personales al encontrar que no todas las personas sometidas a altos niveles de estrés crónico desarrollan agotamiento (Moreno-Jiménez, Garrosa, Corso, Boada y Rodríguez-Carvajal, 2012).

Al respecto, McVicar (2003) sugirió que una de las razones de la gran variación de estrés en las personas, eran las diversas configuraciones de personalidad y estilos de afrontamiento que pueden llegar a interferir con la relación entre el estrés y la enfermedad. De aquí el reconocimiento de la relevancia de las diferencias individuales, del organismo y de la personalidad como sistema de conductas que proporciona a la persona perfiles de

resistencia o vulnerabilidad, lo que ha sido propuesto por autores como Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000b).

En el intento por determinar las fuentes de resistencia al estrés y de su variación entre las personas, surgió el modelo de Kobasa (1974) construido en un enfoque salutogénico orientado a determinar los indicadores tanto de las personas como del contexto social que favorecen los procesos de salud.

Para Sullivan (1993), el término “salutogenesis” refleja un énfasis en la salud, más que en la enfermedad (patogénesis) como fenómeno de interés en un nuevo paradigma que guía la investigación en el campo del estrés y el afrontamiento. El enfoque único de este modelo, de acuerdo con Sullivan, va más allá de la pregunta epidemiológica tradicional, ¿por qué las personas desarrollan X enfermedad? e incluso va más allá del problema general de ¿por qué las personas enferman?, este enfoque se dirige a preguntar, ¿cómo las personas permanecen saludables?

En general, los modelos salutogénicos han enfatizado la relevancia de las variables personales del sujeto, especialmente las variables estables que identifican un estilo conductual de respuesta de la persona. Tratan de determinar cuáles son las variables o características conductuales y emocionales que disminuyen la probabilidad de que las personas lleguen a experimentar estrés y/o burnout.

Entre tales modelos, los más conocidos son los modelos desarrollados, por un lado, por Antonovsky (1979, 1987) quien propone el concepto de salud como un continuo entre el bienestar y la enfermedad, de tal manera que no puede existir nadie totalmente sano o totalmente enfermo (Moreno et al., 2000), bajo esta perspectiva, propone el constructo “sentido de coherencia”, que se define como una orientación global que expresa el grado en el cual uno tiene un penetrante, resistente, aunque dinámico sentido de confianza en que los medios ambientes internos y externos de uno mismo son predecibles y de que hay una alta probabilidad de que las cosas salgan tan bien como razonablemente se puede esperar.

El sentido de coherencia es un aspecto dinámico de la personalidad que se forma durante la niñez y adolescencia. Nuestro sentido de coherencia influye la conducta de tal forma que la consistencia y estabilidad son llevadas al máximo. La coherencia, como la salud, es conceptualizada a través de un *continuum* más que como una entidad dicotómica, en ese sentido, en estado de tensión, por ejemplo, un fuerte sentido de coherencia permite movilizar y generalizar los recursos de resistencia, promoviendo un afrontamiento efectivo, para resolver la tensión de una manera saludable y reforzando el nivel inicial del sentido de coherencia (Antonovsky, 1979, citado en Sullivan, 1993).

El sentido de coherencia está formado por tres dimensiones teórica y empíricamente relacionadas: **comprensibilidad**, los individuos con una elevada comprensibilidad perciben los estímulos dentro de un marco cognitivo,

donde la información se encuentra ordenada, consistente y estructurada; **manejabilidad**, esta característica permite a los individuos entender que disponen bajo su control o bajo el de otros (padres, amigos, cónyuge, médico, el Estado o incluso Dios) los recursos adecuados para hacer frente a las demandas del medio; y por último está la **significatividad**, que en forma elevada es síntoma de una visión comprometida de ciertas áreas de la vida por las cuales merece la pena emplear tiempo y esfuerzo, de forma que las demandas a las que se enfrenta la persona son consideradas como retos dignos para invertirles tiempo y energía (Moreno y cols., 2000).

Por otro lado, está el modelo desarrollado por Kobasa (1979, 1982) que bajo el constructo de “*hardy personality*” describe un tipo de “personalidad resistente” que facilitaría una adaptación adecuada a posibles eventos estresantes y por consiguiente una disminución de la probabilidad de padecer malestar y enfermedad.

3.4.2 Definición

Según Lee (1983), el concepto “*hardiness*” tiene su origen en el campo de la agricultura y se refiere a la cualidad del cultivo capaz de resistir a condiciones climáticas adversas.

En 1972, dicho concepto aparece por primera vez en la literatura científica en su análisis de la relación entre personalidad, estrés ligado con el

trabajo y el estado de salud. Kobasa y Maddi lo utilizaron para explicar cómo determinadas personas poseen la capacidad de resistir el estrés con mayor éxito que otras (Fernández-Lansac y Crespo, 2011).

Para Maddi, Harvey, Khoshaba, Lu, Persico y Brow (2006) es un rasgo de personalidad estable y ha sido conceptualizado como una amalgama de cogniciones, características emocionales y comportamentales que amortiguan los efectos estresantes de los acontecimientos vitales.

En 2007, Maddi señaló que la personalidad resistente era una manera de concebir la vida donde la asunción del riesgo se da a favor del crecimiento personal.

Medina (2009), menciona que el constructo “Personalidad Resistente” también se identifica como “fortaleza personal” como resultado de la castellanización del concepto que proviene de la lengua inglesa, “*hardiness*” cuya traducción literal significa “dureza, solidez, severidad” términos que al referirse a una determinada persona, connota la idea de alguien “duro, fuerte y capaz” de hacer frente a numerosas adversidades que la vida cotidiana puede ponerle por delante.

Por su parte, Khaledian, Hasanvand y Hassan (2013), señalan que la personalidad resistente es la capacidad de entender las condiciones externas con precisión y tomar una decisión al respecto que sea deseable para uno

mismo. Mientras que para de la Vega, Ruiz, Gómez y Rivera (2013) es concebida como la propensión de un individuo para manejar demandas de situaciones que van desde una resistencia absoluta a la extrema vulnerabilidad.

3.4.3 Conceptualización

De acuerdo con Kaur (2011), el modelo propuesto por Kobasa (1979, 1982) se origina y nutre en un marco teórico próximo a las propuestas situacionales de la personalidad y de los modelos existenciales que enfatizan los aspectos de desarrollo activo mediante el compromiso y la acción. Según Vera (2004), bajo esta perspectiva se concibe la personalidad como una transacción entre los componentes del ambiente y las predisposiciones del individuo.

Para los seguidores de la filosofía existencial, el último objetivo de la vida humana es la creación del significado personal a través de las decisiones que se toman y la acción en la persecución incesante de esos objetivos (Lambert y Lambert, 2003).

Según Maddi (1988, citado por Vera, 2004), la idea central del existencialismo radica en distinguir lo que es posible modificar frente a aquello que es incambiable, minimizar el riesgo asociado de malgastar esfuerzo

tratando de cambiar lo incambiable, y permitir emplear esa energía para modificar aquello que realmente puede ser modificado.

A partir de esta influencia teórica, Kobasa (1979, 1982) elabora un modelo de personalidad que denomina “*Hardy Personality*” o “*Hardiness*”, derivado del estudio de personas que ante eventos vitales negativos parecían tener características de personalidad que les protegía. En dicho modelo se conceptualiza al individuo no como un portador de rasgos internos y estáticos, sino como alguien que de forma continua y dinámica va construyendo su personalidad a través de la interacción de sus acciones con el medio ambiente (Corso, 2012; Chacón y Grau, 2004).

Tres conceptos han sido especialmente relevantes al proponer este constructo: compromiso, control y reto (Fernández-Lansac y Crespo, 2011; Moreno-Jiménez, Garrosa, Corso, Boada y Rodríguez-Carvajal, 2012). Juntos, describen el estilo de respuesta de la personalidad resistente ante el estrés, de esta forma, dicho constructo constituye una constelación de características de personalidad que actúa como resguardo o fuente de resistencia ante los acontecimientos estresantes (Vera, 2004; Chacón y Grau, 2004) o en la interpretación de Low (1996), es un aspecto de personalidad que amortigua el efecto del estrés en la salud.

3.4.3 Dimensiones

Compromiso

Es la tendencia a desarrollar conductas y habilidades caracterizadas por la implicación activa personal (de la Vega, Ruiz, Gómez y Rivera, 2013), la tendencia a identificarse con lo que se hace y con el propio trabajo (Medina, 2009), por tanto, es un sentido de propósito, valor, interés y significado expresado por la forma de involucrarse en las diferentes dominios de la vida (trabajo, familia, relaciones interpersonales, instituciones sociales) (Corso, 2012; Eschleman, Bowling y Alarcon, 2010).

Este compromiso con uno mismo proporciona al individuo un conjunto general de propósitos que contribuyen a mitigar la amenaza percibida de cualquier estímulo estresante en un área específica de la vida (Peñacoba y Moreno, 1998; Roca, 2004). Ello implica el reconocimiento de los propios valores y de las metas que orientan la conducta personal. Supone igualmente la consideración positiva del valor de la propia acción y una cierta confianza en la relación interpersonal con los demás (Moreno et al., 2001).

Pero la cualidad del compromiso inherente a la personalidad resistente no se limita únicamente a un sentimiento de autoestima o de competencia personal, sino incluye también un sentimiento de comunidad, de corporación, de pertenencia (eso que los existencialistas denominan existir con otros),

sentimiento que supone un beneficio al tener una disposición de ayuda a otros en situaciones estresantes si éstos lo necesitan, y de que los otros cuentan con su apoyo para hacer frente a esas situaciones estresantes (Corso, 2012; Kalantar, Khedri, Nikbakht y Motvalian, 2013).

Control

Para Moreno y colaboradores (2001), es la dimensión clásica y más estudiada a lo largo de la literatura del estrés de las propuestas por Kobasa. Dobe (2002) y más recientemente Hystad, Eid, Johnsen, Laberg y Bartone (2010), concuerdan que esta dimensión se refiere a la creencia y convicción que tiene la persona de poder intervenir en el curso de los acontecimientos dentro de límites razonables.

Al respecto, Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang y González (2008) señalan que quienes tienen esta creencia de control, consideran que no son ajenos al desarrollo de los episodios en los que están presentes y que pueden influir en ellos alterando o modificando su curso (Kalantar y cols., 2013), minimizando las creencias de indefensión ante los eventos displacenteros y buscando explicaciones sobre el por qué de los hechos, enfatizando su propia responsabilidad en detrimento de las acciones de otros, del azar o del destino (Eschleman, Bowling y Alarcon, 2010).

Ello les permite considerar que pueden utilizar los sucesos, al menos parcialmente, en su propio beneficio al tener siempre presente algunas consecuencias predecibles debidas a su propia actividad (Fernández-Lansac y Crespo, 2011).

Reto

Lleva a los sujetos a considerar que el cambio está presente en todos los aspectos de la vida como característica habitual y que supone una posibilidad y una alternativa para mejorar las propias competencias (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Garrosa y Blanco, 2014), por tanto, es visto como productor de crecimiento personal (Nguyen, Shultz y Westbrook, 2012).

Esta dimensión proporciona flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad, dos características que permiten considerar el cambio como la condición natural y más deseable (Corso, 2012). Por lo tanto, se puede concluir que este componente facilita estados saludables a través de dos vías: una directa, como percepción positiva del cambio (Thomas, Reeves y Agombar, 2013), y otra indirecta, dado que no se dedican esfuerzos cognitivos a la percepción de la amenaza, más bien se invierten en el afrontamiento efectivo y/o búsqueda de recursos (Mehrparvar, Moghaddam, Raghobi, Mazaheri y Behzadi, 2012).

3.4.5 Evaluación de la personalidad resistente

De acuerdo con lo reportado por Peñacoba y Moreno (1998), las primeras medidas de evaluación de la personalidad resistente se desarrollaron a partir de escalas ya existentes, y se evaluaba por separado cada uno de los componentes básicos de la misma.

Así, para la medida de compromiso se empleaba el Test de Alienación de Maddi, Kobasa y Hoover (1979), instrumento que pretendía evaluar la dimensión de compromiso de manera negativa en cinco áreas diferentes de funcionamiento (trabajo, sociedad, instituciones, familia, relaciones interpersonales y el sí mismo).

La dimensión de control se evaluaba igualmente de modo negativo con las Escalas de Locus de Control de Rotter, Seeman y Liverant (1962) y la Escala de Ineficacia (Scale Powerlessness) del Test de Alienación de Maddi y cols., (1979), incluyendo un indicador positivo, concretamente el de la Escala de Ejecución del Inventario de Personalidad de Jackson (Personality Research Form, Jackson, 1974).

Para la dimensión de reto se utilizaban tanto medidas negativas como positivas. Así, se evaluó negativamente a través de las escalas de pasividad y de riesgo del Test de Alienación de Maddi y cols., (1979), la Escala de Seguridad del Inventario de Evaluación de las Metas de Vida de California

(Security Scale of the California Life Goals Evaluation Schedule) de Hahn (1966), y la Escala de Estructura Cognitiva del Test de Jackson (1974).

Las medidas positivas empleadas fueron de la Escala de Preferencia por Experiencias Interesantes del Test de Hahn y la Escala de Resistencia del Test de Jackson (Boyle y cols., 1991; Peñacoba y Moreno, 1998).

Al surgir la controversia en la literatura sobre la mejor manera de medir la personalidad resistente y si esta afecta la salud o la enfermedad a través de sus tres componentes (control, compromiso y reto), a principios de los 80's se diseñó lo que constituiría la primera generación de escalas elaboradas específicamente para medir la personalidad resistente.

Esta medida de personalidad resistente consistió básicamente en la eliminación de aquellas escalas que no habían resultado significativas en su aportación al análisis discriminante entre sujetos resistentes y no resistentes bajo condiciones de alto estrés.

El resultado de esta eliminación es un conjunto de cinco escalas que quedaron contenidas en una escala de 71 ítems denominada *Unabridged Hardiness Scale (UHS)*, en la que se mide la personalidad resistente exclusivamente a través de indicadores negativos. Las puntuaciones de cada una de las cinco subescalas son analizadas separadamente o de manera combinada para obtener una medida global de personalidad resistente. Dado

que el componente reto es evaluado únicamente a través de una escala, algunos investigadores duplican su puntuación antes de proceder a hallar el indicador global.

Pero, dada la excesiva longitud de la escala, poco después, el grupo de Kobasa elaboró dos versiones abreviadas de la misma escala para la medida global de la personalidad resistente. Son las escalas pertenecientes a la denominada segunda generación de escalas hardiness. Estas escalas son la ***Abridged Hardiness Scale (AHS)*** de 20 ítems y la ***Revised Hardiness Scale (RHS)*** de 36 ítems, escalas que seguían manteniendo la medida del concepto a través de indicadores negativos. Además, la escala RHS proporciona junto con la medida global de la personalidad resistente, una medida independiente de cada uno de sus componentes.

A finales de los 80's, se desarrollan nuevas escalas (escalas de tercera generación), como fruto de las críticas referidas a la utilización de indicadores negativos para la evaluación de variables saludables (Vera, 2004).

Sin ser exhaustivos, a continuación se enlistan tanto escalas pertenecientes a esta tercera generación como otras escalas encontradas (estandarizadas y no estandarizadas) que han surgido con la finalidad de contar con un instrumento confiable que mida la personalidad resistente:

Personal Views Survey (PVS), creada por Kobasa en 1982. Este cuestionario pertenece a la tercera generación de escalas y consta de 50 ítems, donde el rango de respuesta va de 0 a 3 (siendo 0= “totalmente falso” y 3= “totalmente verdadero”), los ítems evalúan las tres dimensiones del constructo personalidad resistente: control, compromiso y reto. La escala de compromiso está constituida por un total de 16 ítems, la de control por 17 ítems y la de reto la forman otros 17 ítems. Respecto a la cuantificación del test se pueden obtener puntuaciones de cada una de las escalas y/o también, una puntuación total del test para referirse a personalidad resistente o hardiness.

Las puntuaciones altas en cada una de las escalas y de la totalidad del cuestionario, indican mayor personalidad resistente, y mayor control, reto y compromiso respectivamente. Kobasa, Maddi y Kahn (1982) han encontrado niveles de consistencia interna para todas las escalas de 0.91 y de 0.71 para cada una de las dimensiones. La fiabilidad medida mediante test-retest para la globalidad del cuestionario es de 0.60 en el plazo de dos semanas. (Kobasa, 1996; Peñacoba y Moreno, 1998; Moreno et al., 2000, 2001; Vera, 2004).

Health-Related Hardiness Scale (HRHS), diseñada por Pollock (1984) para medir la personalidad resistente en individuos con enfermedad crónica. La personalidad resistente relacionada con salud es un recurso de personalidad que consta de tres dimensiones: (a) control: dominio en la evaluación de los estresores en salud, (b) compromiso: habilidad para enfrentar amenazas de estresores en salud, y (c) reto: reevaluación de los estresores en salud como

benéficos y productores de crecimiento (Pollock, 1989). La HRHS original constaba de 48 ítems, pero fue refinada quedando con 40 ítems.

La HRHS fue construida en una escala tipo Likert de seis puntos con tres subescalas: compromiso, control y reto. Puntajes bajos en la HRHS indican la presencia de la característica de personalidad resistente. Los puntajes de cada subescala, control (14 ítems), compromiso (13 ítems) y reto (13 ítems) se suman para obtener el puntaje global de la HRHS, siendo 40 el puntaje mínimo y 240 el puntaje máximo a obtener en esta escala. Para evitar tendencia en las respuestas, cada subescala contiene ítems que se invierten en su calificación al momento del análisis. El coeficiente alfa para la HRHS global es de 0.86 y para las subescalas son: 0.78 para control, 0.82 para compromiso y 0.76 para reto. La validez de contenido se estableció con un panel de expertos (n=5) con el acuerdo de que la HRHS es el instrumento más apropiado en comparación con el instrumento original de personalidad resistente (Kobasa, 1979) para la investigación relativa a la salud (Nicholas, 1993).

Personal Views Survey II (PVSII), escala creada por Maddi (1987) consta de 50 ítems los cuales miden el grado en el que una persona se siente más resistentes con respecto a su interacción con el mundo. Este instrumento puntúa 3 factores: compromiso, reto y control. Cada uno de estos factores tiene una subescala que es puntuada en una escala tipo Likert de cuatro puntos que va desde 0 (completamente en desacuerdo) a 3 (completamente de acuerdo).

La escala incluye afirmaciones tales como: "me despierto a menudo deseoso de comenzar los asuntos de mi vida donde los dejé el día anterior", "la mayor parte de mi vida hago cosas que valen la pena", "no importa lo que me empeñe, mis esfuerzos no conseguirán nada" y "creo que la mayoría de lo que ocurre en la vida es justo lo que tiene que pasar" que evalúan control, compromiso y reto, tanto como la personalidad resistente en general. Según Maddi (1994) el PVSII tiene suficiente confiabilidad interna (0.70 a 0.75 para compromiso, 0.61 a 0.84 para control, 0.60 a 0.71 para reto y 0.80 a 0.88 para la personalidad resistente total) y validez (0.68 para compromiso, 0.73 para control, 0.71 para reto y 0.77 para la personalidad resistente total) (Rodney, 2000; Dobe, 2002).

Dispositional Resilience Scale-15 (DRS-15). Al considerar a la personalidad resistente un estilo de personalidad asociado con resistencia, buena salud y desarrollo bajo condiciones de estrés, Bartone (1999) desarrolla una versión corta de 15 ítems derivada de dos versiones anteriores (30 ítems y 45 ítems, Bartone, 1991, 1989). La escala consta de 15 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 4 puntos (0= en desacuerdo; 3= completamente de acuerdo). Evalúa cada una de las dimensiones de personalidad resistente (reto, compromiso y control) por separado, y a diferencia de otras escalas, usa el mismo número de ítems para medir cada dimensión. El puntaje global se crea a partir de la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada una de las tres dimensiones que conforman el constructo.

En contraste con escalas anteriores, la DRS-15 incluye una redacción de número de ítems equilibrados positivamente y negativamente dentro de cada componente de la personalidad resistente. De acuerdo con Bartone (2007), la DRS-15 tiene una adecuada consistencia interna (Alfa de Cronbach 0.78) después de tres semanas de test-retest.

Cognitive Hardiness Scale (CHS), elaborada por Nowack (1989), consta de 30 ítems que evalúan actitudes y creencias sobre la vida a través de las tres dimensiones de la personalidad resistente: compromiso/involucración, reto y control percibido. Estas creencias incluyen el sentido de propósito y curiosidad hacia la vida, las actitudes de uno respecto a ver los cambios en la vida como desafíos más que como problemas o amenazas, y creencia de la capacidad para influir en el curso de los eventos de la vida. Cada pregunta se contesta en una escala tipo Likert de 5 puntos que va de 1 (totalmente de acuerdo) a 5 (totalmente en desacuerdo), con posibilidad de obtener puntajes que van en un rango de 30 a 150.

Dicha escala incluye afirmaciones como: “la mayor parte de la vida se gasta en actividades sin sentido”. La consistencia interna de esta escala es de 0.83, y el test-retest ha mostrado una fiabilidad de 0.84. Según Funk (1992), esta escala perteneciente a la tercera generación, tiene varias ventajas respecto a la escala tradicional construida por Kobasa. Específicamente, los ítems son formulados y codificados de tal manera que se reduce el lenguaje negativo, hay un método para combinar los puntajes en cada una de las tres

dimensiones para convertirlo en puntaje total de personalidad resistente, la validez y la fiabilidad son fuertes (Rowe, 1997).

Hardines Scale (HS), creada por Kobasa, 1990 en su tercera versión (del Instituto Hardines, Inc. 1994), explora la disposición de un individuo hacia el compromiso, control y reto. La HS consta de 50 ítems, cada uno se califica en una escala de 4 puntos (donde 1 significa estar “en desacuerdo” y 4 significa estar “completamente de acuerdo”. Los puntajes globales y de cada una de las subescalas se calculan a partir de las tres subescalas que conforman el instrumento y son: compromiso (16 ítems), control (17 ítems) y reto (17 ítems), donde puntajes altos indican mayor personalidad resistente.

Kobasa reporta un coeficiente global de 0.90 para la consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0.81 y un coeficiente global de 0.90 para la consistencia interna y los coeficientes para cada subescala son 0.75 (compromiso), 0.60 (control) y 0.58 (reto) (Harrisson y cols., 2002).

Escala de Personalidad Resistente, desarrollada por Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000a) incluida dentro del Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería-Abreviado. Consta de 12 ítems distribuidos en tres dimensiones: reto, compromiso y control.

Cuestionario de Resistencia Laboral (OHQ, por sus siglas en inglés), desarrollado por Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Garrosa y Blanco (2014)

para evaluar los efectos de la personalidad resistente sobre el estrés laboral y sobre la salud y bienestar. Consta de 15 ítems distribuidos en tres dimensiones: reto, compromiso y control.

3.4. 6 Estudios sobre personalidad resistente

Diversos autores se han centrado en analizar cómo la personalidad resistente influye en determinados aspectos de la salud. Así, las áreas más analizadas han sido estrés y salud (Bartone, Roland, Picano y Williams, 2008; Dolbier, Smith y Steinhardt, 2007; Fusilier y Manning, 2005; Hystad, Eid, Laberg y Johnsen, 2009;), el síndrome de burnout (Moreno-Jiménez, Morett, Rodríguez y Morante, 2006; Moreno-Jiménez, Garrosa, Corso, Boada y Rodríguez-Carvajal, 2012; Subramanian y Vinothkumar, 2009), depresión (Schellenberg, 2005), adherencia (Dobe, 2002), conductas relacionadas con el duelo y la muerte (Mathews y Servaty-Seibs, 2007).

Sin dejar de mencionar los meta-análisis que coinciden en considerar a la personalidad resistente como un estilo de personalidad (conformado por tres características: reto, compromiso y control) que fomenta la supervivencia humana y el enriquecimiento de vida a través del desarrollo humano (Alarcon, Eschleman y Bowling, 2009; Eschleman, Bowling y Alarcon, 2010; Fernández-Lansac y Crespo, 2011).

Las muestras utilizadas en las diversas investigaciones han sido muy diversas, incluyendo profesores (Moreno-Jiménez, 2012), ancianos (Schellenberg, 2005), bomberos (Moreno, Morett, Rodríguez y Morante (2005), estudiantes (Mathews y Servaty-Seibs, 2007; Kalantar, Khedri, Nikbakhy y Motvalian, 2013; Nguyen, Shultz y Westbrook, 2012), enfermeras (Garrosa y cols., 2008; Moreno-Jiménez y cols., 2014), Atletas (Mehrparvar, Moghaddam, Raghobi, Mazaheri y Behzadi, 2012), motociclistas (Sion y cols., 2013), empleados de las fuerzas armadas (Hystad y cols., 2010), militares (Bartone, Roland, Picano y Williams, 2008), jubilados (Jindal, 2013), etc.

Investigaciones que han evaluado el rol de la personalidad resistente en el proceso del burnout han encontrado de forma sistemática que la personalidad resistente, o alguna de sus dimensiones, actúa de forma directa e indirecta, disminuyendo los niveles de burnout y amortiguando su efecto.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

4.1 Planteamiento del problema

El internado de pregrado forma parte del plan de estudios de las escuelas y facultades de medicina en México (NOM-234-SSA1-2003). Es un requisito obligatorio previo a la realización del servicio social y al examen profesional (Sánchez, Flores, Urbina y Lara, 2008), se considera una parte indispensable en la formación del estudiante para que éste integre y consolide los conocimientos teóricos y prácticos para la atención a la salud de los pacientes (Gómez-López, Rosales-Gracia, Ramírez-Martínez, García-Galaviz, Peña-Maldonado y Vázquez-Vázquez, 2009).

Si bien los internos son aún estudiantes de último año de medicina, su compromiso "laboral" es equiparable al de un profesional médico; por lo que sus actividades pueden considerarse como un "trabajo", donde deben cumplir horarios y actividades con responsabilidades específicas dentro del hospital donde realizan sus prácticas.

Durante un año, deben adquirir y dominar las competencias profesionales básicas para su ejercicio profesional en las áreas de cirugía, ginecología y obstetricia, medicina familiar, medicina interna, pediatría y urgencias, áreas por las que rotan durante ese año y donde se enfrentan a un sinnúmero de situaciones precipitantes o agravantes del estrés.

No solo las áreas por las que deben rotar y las actividades que realizan ponen a prueba la resistencia, tolerancia, inteligencia, capacidad, el conocimiento y el esfuerzo de cada interno, sino también las interrelaciones de estos con otros miembros del equipo de salud, las que suelen caracterizan por el abuso verbal, subestimación y humillaciones por parte de médicos adscritos, residentes, enfermeras, compañeros de nivel avanzado (Sobowale, Ning, Fan, Liu y Sherer, 2014), así como la discriminación sexual sobre todo en el caso de las mujeres (Moreno, Villa, Ibarra, Vaquero, Castillo, Alvarado, Nájera y Guevara, 2013).

El alto nivel de estrés que padecen los internos de pregrado puede sobrepasar su capacidad de afrontamiento y poner en riesgo o alterar su salud psicológica (Schwenk, Davis y Wimsatt, 2010). Se han identificado la presencia de trastornos depresivos (Joffre-Velázquez, Martínez-Perales, García-Maldonado y Sánchez-Gutiérrez, 2007; Perales, Sogi y Morales, 2003), trastornos de ansiedad (Bohorquez, 2007), ideas suicidas (Coffin, Álvarez y Marín, 2011; Dyrbye et al., 2008; Sobowale et al., 2014), abuso de alcohol y drogas (Campos-Castolo, Martínez-López y Chavarría-Islas, 2010), derivando en el deterioro académico y en consecuencia, en errores médicos que pueden afectar a los pacientes tratados.

Los trastornos mencionados indican un proceso de deterioro físico y mental que ha sido característico de los profesionales que trabajan en áreas de la salud el cual ha sido denominado como síndrome de burnout ó desgaste

profesional. Este concepto implica a la respuesta emocional de los profesionales expuestos prolongadamente a estresores relacionados con su trabajo, que se suma al esfuerzo para realizar diversas tareas que compiten en tiempo, asumir un sinnúmero de responsabilidades y responder a presiones organizacionales (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). El síndrome de Burnout se define a partir de tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que en conjunto suponen desgaste y una problemática interna aguda (Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2000b).

Aunque se ha considerado que el origen del síndrome de burnout se sitúa en las condiciones laborales (sobrecarga de trabajo, trato con pacientes difíciles, turnos laborales, etc.), actualmente se insiste en el papel fundamental de las variables de personalidad en la comprensión y explicación del síndrome.

Es particularmente el caso de recursos de personalidad como la autoeficacia percibida, el locus de control y la personalidad resistente, los que pueden actuar como moduladores o amortiguadores del estrés.

La *autoeficacia percibida* hace referencia a “las creencias de las personas acerca de sus propias capacidades para el logro de determinados resultados o para enfrentarse a una gama de situaciones estresantes” (Schwarzer y Hallum, 2008).

El *locus de control* refiere a la convicción de las personas sobre la responsabilidad que les compete en sus éxitos y fracasos, así como de las recompensas y castigos que reciben en consecuencia (Laborín, Vera, Durazo y Parra, 2008). En función de donde cree la persona que está la fuente de control de lo que le sucede, se distinguen dos factores: control externo general (control de los eventos a través de la suerte, el destino, la casualidad, la fortuna y demás aspectos relacionados con el mandato divino) y locus de control interno (atribución del éxito y/o fracaso debido al propio empeño, esfuerzo, inteligencia o habilidad).

Por su parte, el constructo de *personalidad resistente* o *hardiness*, conceptualiza al individuo como alguien que de forma continua y dinámica va construyendo su personalidad a través de sus acciones (Gerber y cols., 2013). Tres dimensiones la integran: compromiso, control y reto, las cuales determinarían el tipo de respuesta de la personalidad resistente ante el estrés.

En términos generales, si se desea aumentar el bienestar de los estudiantes de medicina mejorando la percepción sobre sus procesos cognitivos o motivacionales, así como sus competencias conductuales y de control emocional, resulta importante conocer el comportamiento de las tres variables de personalidad antes descritas y su posible impacto como amortiguadoras de los efectos del estrés.

Con base en lo anterior, se plantean las siguientes preguntas:

¿Existe una relación entre el síndrome de burnout con la autoeficacia percibida, personalidad resistente y el locus de control? ¿De qué tipo es esta relación?

¿Es posible predecir el desarrollo del síndrome de burnout a partir del conocimiento del nivel del autoeficacia percibida, personalidad resistente y locus de control?

¿Cuál de estas variables tiene mayor capacidad predictiva del síndrome de burnout?

¿Qué tan útil puede resultar conocer el valor de estas variables (autoeficacia percibida, personalidad resistente y locus de control) para la prevención del síndrome de burnout?

4.2. Justificación

Se considera que este estudio es teóricamente relevante por tres razones fundamentales.

Primero, se considera que si los resultados ocurren en la dirección esperada, se aportarán elementos teóricos relevantes para la comprensión y al análisis de la relación entre el burnout y variables psicológicas como la autoeficacia percibida, locus de control y personalidad resistente así como su eventual papel como moduladoras o amortiguadoras del estrés.

Segundo, traerá implicaciones prácticas muy importantes de cara a facilitar el bienestar psicológico de los estudiantes universitarios en todo su proceso de formación, no tan solo de la carrera de medicina sino de todas las carreras universitarias. Con ello la posibilidad de elaborar propuestas de intervención dirigidas básicamente al desarrollo de recursos de afrontamiento ante el estrés.

Aún cuando no se obtuvieran los resultados deseados, se ofrecería evidencia empírica sobre la pertinencia y validez transcultural de las variables estudiadas en contextos culturales y sociales diferentes a los países europeos, tal y como lo señalaron Caballero, Abello y Palacio (2007).

Adicionalmente, este estudio permitirá abonar elementos para la adaptación de instrumentos de evaluación específicos a población mexicana, a través de la confirmación o reconfirmación de la confiabilidad y validez de cada uno de los instrumentos utilizados en esta investigación.

5. OBJETIVOS

5.1. General

Describir la variación de las variables autoeficacia percibida, personalidad resistente, locus de control y el síndrome de burnout y evaluar su capacidad predictiva en estudiantes de medicina de pregrado a partir de estimar indicadores con estadística multivariada y modelos inferenciales.

5.2. Específicos

Identificar los niveles de estrés percibido, síndrome de burnout, personalidad resistente, autoeficacia percibida y locus de control en estudiantes de medicina de pregrado.

Conocer la relación entre los puntajes obtenidos en las variables autoeficacia percibida, personalidad resistente, locus de control, percepción de estrés y el síndrome de burnout en estudiantes de medicina de pregrado.

Estimar la capacidad predictiva que tienen las variables autoeficacia percibida, personalidad resistente, locus de control y percepción de estrés sobre el síndrome de burnout a partir de la ordenación multivariada.

5.3. Hipótesis de trabajo

- Niveles altos en autoeficacia percibida, personalidad resistente y locus de control interno son predictores de niveles bajos de estrés percibido y síndrome de burnout en estudiantes de medicina de pregrado.

6. MÉTODO

6.1. Participantes

Los participantes formaron una muestra no probabilística de tipo intencional o por conveniencia, que de acuerdo con Hernández, Fernández-Collado y Baptista (2010), los participantes se eligen de acuerdo a las características de las variables de interés, a su fácil acceso y a la aceptación para participar en el estudio.

La muestra estuvo constituida por 74 estudiantes de medicina, quienes tenían un rango de edad de 22 a 26 años ($\bar{x}=23.55$; $SD=0.96$). Se distribuyeron en tres submuestras debido a la diferencia de fechas en que inician el internado, esto es, cuando se obtiene la primera medición a los estudiantes a pesar de que se hace al mismo tiempo algunos estudiantes ya tienen una exposición al ambiente hospitalario de seis meses, considerando con ello que ya puede estar reflejándose los efectos del estrés.

Por lo anterior, los grupos que se crean son:

Submuestra 1

22 estudiantes de medicina que iniciaron su internado de pregrado en julio de 2012 (promoción 2012) en dos hospitales públicos de la ciudad de Xalapa, Ver. Al momento de realizar la primera medición, tenían 6 meses de estar realizando sus actividades dentro del hospital. Para la segunda medición, seis meses después, concluían su año de internado.

Submuestra 2

18 estudiantes que iniciaron su internado de pregrado en enero 2013 (promoción 2013) en tres hospitales públicos de la ciudad de Xalapa, Ver. Al momento de realizar la primera medición iniciaban sus actividades en el hospital. Para la segunda medición, tenían 6 meses de estar realizando su internado.

Submuestra 3

34 estudiantes de la Facultad de Medicina-Xalapa que al momento de realizar la primera medición cursaban el último semestre de su carrera. Para la segunda medición, estaban esperando la asignación de las plazas para iniciar su internado.

6.2. Instrumentos

6.2.1. Cuestionario de datos generales

Se elaboró un cuestionario de datos generales, el cual contiene preguntas sencillas que recogen información de carácter sociodemográfico para caracterizar a los participantes.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes (n=74)

Características	n	%
Sexo		
Mujeres	34	46
Hombres	40	54
Edad (\bar{X}=23.55; SD=0.96)		
22	8	11
23	31	42
24	24	32
25	8	11
26	3	4
Estado Civil		
Soltero	68	92
Casado	3	4
Unión Libre	2	3
Otro (Viudo)	1	1
Vive con:		
Sólo (pensión)	36	49
Padres	32	43
Pareja	4	5
Padres e hijo	1	1
Institución		
Facultad Medicina	34	46
Hospital CIVIL	10	13
Hospital ISSSTE	5	7
Hospital CEMEV	25	34
Grupos		
Facultad	34	46
Promoción 2012	22	30
Promoción 2013	18	24

De las áreas por las que ha rotado, ¿cuál considera más estresante? (n=40)

Ginecología y Obstetricia	11	28
Medicina Interna	10	25
Pediatría	10	25
Cirugía	5	12
Demás áreas	4	10

6.2.2. Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería-Abreviado (CDPE-A)

El Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería (CDPE) es un instrumento diseñado por Moreno-Jiménez, Garrosa y González (2000a), consta de 174 ítems distribuido en 4 escalas y en él se destacan no solo las áreas específicas que caracterizan el síndrome (Cansancio Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal) de acuerdo con Maslach, sino que al mismo tiempo se complementan con la ponderación de otras áreas que sirven para poder apreciar en perspectiva la salud mental del trabajador y como sus autores lo definen este cuestionario se enmarca en un modelo procesual transaccional.

El cuestionario se divide en 4 escalas complementarias con diferentes variables por cada una de ellas; son: **escala de Antecedentes**: Ambigüedad del rol, Contacto con el dolor y la muerte, Interacción conflictiva y Sobrecarga; la **escala del síndrome de Burnout** con sus tres dimensiones teóricas conocidas, Cansancio Emocional, Despersonalización y Falta de Realización Personal; la **escala de Personalidad Resistente y Afrontamiento** es una

escala subdividida a su vez en dos sub escalas: Personalidad Resistente constituida por las dimensiones Compromiso, Reto y Control, y la escala de Afrontamiento integrada por las variables Apoyo social, Evitación y Afrontamiento directo, por último, la **escala de Consecuencias** constituida por las variables de Consecuencias Psíquicas, Consecuencias Profesionales, Consecuencias Socio familiares y Consecuencias Físicas.

Para esta investigación se utilizó la versión abreviada, el CDPE-A, con un total de 65 ítems que igual que la versión original está constituida por las escalas y variables antes descritas, que se responden en una estructura de tipo Likert de 4 puntos, donde 1 representa el total desacuerdo hasta el máximo de 4 que representa el total acuerdo.

De acuerdo con los autores de este instrumento, la puntuación en cada una de las dimensiones es igual a la suma de los ítems partido por el número de ítems. Los puntos de corte establecidos son escalares. La puntuación varía entre 1 y 4. Así los niveles se establecen de la siguiente forma:

Nivel bajo	$1 > y < 2$
Nivel medio	$2 > y < 3$
Nivel alto	$3 > y < 4$

En la escala del síndrome se suman los diversos ítems y se divide por 12 para obtener una puntuación global de Desgaste Profesional. Los puntos de corte son los mismos que los anteriores.

El CDPE-A, evalúa tanto las variables intervinientes en el proceso de desgaste profesional (burnout) como el desgaste profesional propiamente dicho, conservando las dimensiones clásicas propuestas por Maslach y Jackson (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal). De acuerdo con sus autores el CDPE-A cuenta con altos índices de consistencia interna que se reflejan tanto en las subescalas como en las medidas globales de desgaste profesional ($\alpha=0.92$). Los valores alfa de Cronbach encontrados en esta investigación en las subescalas utilizadas fueron: Escala de Antecedentes ($\alpha=0.72$), Síndrome de burnout ($\alpha=0.87$), Escala de Consecuencias ($\alpha=0.92$) y Escala de Personalidad Resistente ($\alpha=0.86$).

6.2.3 Escala de Autoeficacia General

La versión alemana de esta escala, originalmente desarrollada por Matías Jerusalén y Ralf Schwarzer en 1981, contenía inicialmente 20 ítems y más tarde (1986, 1989, 1992) fue reducida a 10 ítems. El tipo de respuesta es en escala tipo Likert de 4 puntos que va desde 1=Incorrecto hasta 4=Cierto. En términos generales, esta escala evalúa el sentimiento estable de competencia

personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes.

Tiene una consistencia interna entre $\alpha=0.75$ y 0.90 (Schwarzer y Jerusalem, 1995, citado en Akpochafo, 2014). La escala no solo es confiable sino que también ha demostrado ser válida en distintos contextos culturales lo que ha favorecido su uso extensivo (Blanco, 2010). El alfa de Cronbach obtenida a partir de los datos de esta investigación fue $\alpha=0.87$.

6.2.4. Escala de Locus de Control

La escala mide dos dimensiones de la expresión de control: externo, que es la creencia de que son otros elementos y no el esfuerzo propio lo que controla su vida, como el destino, la suerte, Dios o personas con mayor nivel y poder que uno mismo, de los cuales de alguna manera dependería el éxito o fracaso en la vida (Vera y Cervantes, 2000), y el interno, que es la convicción de que los éxitos y fracasos son el resultado de las acciones propias.

Dicha escala consta de cuarenta reactivos con opción de respuesta tipo Likert con 7 opciones de respuesta, que van desde 1="completamente de acuerdo" hasta 7="completamente en desacuerdo". En esta escala, ajustada para Sonora, México por Vera y Cervantes (2000), la varianza explicada por el

locus de control interno fue 8.42, con alfa de Cronbach de 0.88, y la de locus de control externo, que fue de 36.26, con alfa de 0.81.

La consistencia interna encontrada en esta investigación en cada una de las subescalas fue para locus de control interno ($\alpha=0.95$) y para locus de control externo ($\alpha=0.92$).

6.2.5. Escala de Estrés Percibido

La Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale, PSS) fue diseñada por Cohen, Kamarak y Mermelstein en 1983, para medir el grado en que las situaciones de la vida son evaluadas como estresantes. En 2001, Remor y Carrobles quienes realizaron la adaptación al español de esta escala, mencionan que los ítems evalúan el grado en que las personas encuentran que su vida es impredecible, incontrolable o está sobrecargada, aspectos que han sido repetidamente confirmados como componentes centrales del estrés.

De la versión de Remor y Carrobles, en 2007, González y Landero realizaron un estudio con el propósito de valorar la adaptación cultural de esta escala para ser utilizada en población mexicana. Los resultados indicaron una adecuada consistencia interna ($\alpha=0.83$) y confirmaron la estructura factorial al utilizarse Análisis Factorial Confirmatorio (AFC); con el Factor 1 explicando 42.8% de la varianza y el Factor 2, 53.2%, así como estadísticos de ajuste

aceptables en el AFC. Asimismo, se evaluó, con resultados satisfactorios, la adaptación cultural realizada a dicha escala.

En esta investigación se utilizó la adaptación que realizaron González y Landero en 2007 para México. Esta escala está conformada por 14 ítems que miden el grado en que durante el último mes, las personas se han sentido molestas o preocupadas por algo o por el contrario, han percibido que las cosas les iban bien, o se han sentido seguras de su capacidad para controlar sus problemas personales.

Incluye preguntas directas sobre los niveles de estrés experimentados en el último mes. Utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones de respuesta en un rango de 0 («nunca») a 4 («siempre»). La escala puntúa de 0 a 56, donde puntajes altos indican un mayor estrés percibido.

El coeficiente alfa del trabajo original (Cohen y cols., 1983) variaba de 0.84 a 0.86 en función de la muestra. La consistencia interna medida a través del alfa de Cronbach fue de 0.67 en el estudio de Remor y Carrobles (2001). Mientras que González y Landero (2007) encontraron una estructura interna y validez convergente alfa de Cronbach entre 0.81 y 0.86. En esta investigación se encontró una consistencia interna de $\alpha=0.85$ similar a la reportada por González y Landero.

6.3. Procedimiento

6.3.1. Preparación administrativa

El proyecto de investigación inicialmente se sometió al Comité Académico del Doctorado que está adscrito al Instituto de Investigación Psicológicas de la Universidad Veracruzana.

Una vez aprobado y para acceder a la muestra de estudio, tanto del estudio piloto como de la investigación propiamente dicha, se realizaron tres tipos de trámites administrativos para conseguir las autorizaciones respectivas.

La primera solicitud se envió a la Dirección General del Área Académica de Ciencias de la Salud, en virtud de que es la instancia que coordina y supervisa los trámites y demás asuntos relacionados con la designación de campos clínicos para internos de pregrado, en coordinación con las dependencias de salud.

La segunda solicitud se dirigió al Director de la Facultad de Medicina-Xalapa para realizar el piloteo de los instrumentos con los alumnos de noveno semestre de dicha facultad.

La tercera solicitud se dirigió a cada uno de los directores de tres hospitales públicos de la ciudad de Xalapa, Veracruz. Los hospitales fueron:

Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz “Dr. Rafael Lucio” (CEMEV), Hospital Regional de Xalapa “Dr. Luis F. Nachón” y la Clínica Hospital del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), realizando las visitas que fueron necesarias para los trámites y autorizaciones.

6.3.2. Preparación académica

6.3.2.1. Selección de instrumentos de medición, piloteo y adaptación

Durante esta etapa se realizó una búsqueda bibliográfica de escalas de medición sobre el Síndrome de Burnout, la percepción de estrés, personalidad resistente, autoeficacia y locus de control. A partir de la información colectada, se efectuó la selección de instrumentos, sobre la base de su confiabilidad considerando para tal efecto un nivel alfa >70 ; su sensibilidad, pertinencia con el tema y los actores a quienes iba dirigido.

Se realizó un estudio piloto de los instrumentos seleccionados, para determinar el nivel de confiabilidad de los instrumentos y para recoger las opiniones de los participantes con respecto a la claridad de las preguntas, comprensión de los términos utilizados y la claridad y precisión de las

instrucciones. La muestra piloto se integró con 100 estudiantes de medicina del campus Xalapa del semestre más avanzado, los cuales fueron elegidos en virtud de que sus actividades académicas y prácticas preclínicas, guardan mucha similitud con las actividades y el nivel de preparación de un interno de pregrado. Con base en sus observaciones se hicieron pequeños ajustes en la redacción, volviéndolos a circular entre los mismos hasta conseguir su acuerdo por consenso.

6.3.2.2. Selección de la muestra

Tanto la muestra para el piloteo de instrumentos como para la investigación propiamente dicha se recurrió a un muestreo por conveniencia que se refiere “a casos disponibles a los cuales se tiene acceso” (Fernández, Hernández y Baptista, 2010).

En la fase de piloteo de instrumentos participaron 100 alumnos (59% varones vs. 41% mujeres) de noveno semestre de la Facultad de Medicina-Xalapa del período lectivo agosto 2012-enero 2013. El rango de edad osciló entre 22 a 29 años (\bar{x} =23.82; SD=1.20).

En la investigación participaron 74 estudiantes de medicina quienes tenían un rango de edad de 22 a 26 años (\bar{x} =23.55; SD=0.96). De los cuales 34 fueron mujeres (46%) y 40 hombres (54%).

6.3.2.3. Recolección de la información

Para llevar a cabo esta etapa, fue necesario cubrir dos puntos importantes:

1. Capacitación de aplicadores. Se requirió del apoyo de dos personas para levantar la información necesaria, quienes tuvieron un entrenamiento previo (dos semanas) con la finalidad de contar con una buena ejecución (comportamiento, actitudes, manejo de instrucciones y precisión sobre los contenidos y aclaraciones) frente a la población de estudio y con ello, garantizar la calidad del levantamiento de la información y la confianza en los datos recabados.

2. Diseño de la logística que se siguió antes, durante y después del contacto con la población de estudio. Esto es, la planeación detallada de fechas, horarios, lugar y materiales necesarios para levantar la información.

Las fechas, horarios y lugar para la aplicación fueron establecidos por los directores de cada una de las instituciones participantes. Generalmente, se reunía a los estudiantes en un auditorio, donde la responsable de la investigación solicitaba su colaboración para responder la batería en dos ocasiones en un lapso de seis meses. Se les entregó el formato de

“consentimiento informado”, donde se recalca que su participación era voluntaria y la información proporcionada por ellos sería manejada de manera anónima.

Se les comentó que para contestar los instrumentos se requería de 20 minutos como máximo; a quienes aceptaron participar, después de la firma de su consentimiento informado (ver anexo B) se les entregaba la batería de instrumentos (ver anexo A) y se les daba las instrucciones necesarias para contestar los instrumentos.

Para la segunda aplicación, quienes por cuestión de sus actividades dentro del hospital no podían asistir a la sesión, se acordaba visitarlos otro día en hora que ellos dispusieran o se les dejaba la batería para su llenado y se pasaban a recoger al otro día, esto se hacía en coordinación con el Departamento de Enseñanza e Investigación de cada hospital.

6.3.3. Revisión ética

Con fundamento en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, se declara que esta investigación se apegó a los aspectos éticos de la Investigación en Seres Humanos, específicamente en los siguientes artículos:

Artículo 13: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 14: La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II.- Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.
- III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;
- IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles;
- V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;
- VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación;

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

Artículo 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

Artículo 17: Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Por lo que esta investigación de acuerdo con la clasificación del tipo de investigaciones se ubica en la categoría de “Investigación sin riesgo” que a la letra dice: “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

6.4. Análisis de datos

Para el análisis de la información se utilizó el software StatSoft, Inc. (2004). STATISTICA (Data Analysis Software System), versión 7.0.

Con la finalidad de contrastar la hipótesis planteada y cubrir los objetivos de la investigación, el procesamiento estadístico se llevó a cabo en dos partes:

- 1) Análisis descriptivo de las variables a las que se les estimó la frecuencia y esto fue a partir de la base de datos construida exprofeso, se analizaron y describieron los resultados obtenidos de los participantes.
- 2) Se realizó un análisis inferencial, el cual consistió en utilizar un Modelo Lineal Generalizado (MLG) que se aplicó a las variables respuesta. A continuación se especifican las siguientes pruebas estadísticas:
 - **Coefficiente de Correlación de Pearson.** Utilizado para analizar la relación entre dos variables. Esta prueba permite relacionar las puntuaciones obtenidas de una variable con las puntuaciones obtenidas de otra(s) variable(s), con los mismos participantes o casos.
 - Se aplicó un Modelo Lineal Generalizado (GLM) con un diseño de **ANOVA de medidas repetidas**, procedimiento indicado para realizar

el análisis de varianza cuando se mide varias veces a cada sujeto o caso. Se utiliza cuando se quiere contrastar más de dos medias, es decir, cuando se quiere comparar las respuestas de N participantes distribuidos en K grupos, ya sea en función de K tratamientos experimentales o de K mediciones temporales.

El diseño de medidas repetidas implica el registro de la variable dependiente bajo diversas condiciones. En un contexto manipulativo, estas condiciones pueden ser diferentes tratamientos experimentales u ocasiones de medidas antes, durante o después de la intervención.

En un contexto no manipulativo, las medidas se registran en distintos momentos o tiempos, situación que aplica en esta investigación. Cuando el factor tiempo es una variable de interés, el diseño se concibe como longitudinal.

- *Técnicas Exploratorias Multivariadas*, sirven para describir y ordenar un conjunto de datos, además a partir de la combinación lineal, se analiza la varianza común a todas las variables. El procedimiento es utilizando la matriz de correlaciones y con el ajuste del Análisis de Componentes Principales (ACP) se reduce la dimensionalidad multivariante.

Para efectos de ésta investigación se utilizó ACP ya que permite estudiar las relaciones que se presentan entre las variables correlacionadas (que miden información común) se puede transformar el conjunto original de variables en otro conjunto de nuevas variables incorreladas entre sí (que no tenga repetición o redundancia en la información) llamado conjunto de componentes principales. Las nuevas variables son combinaciones lineales de las anteriores y se van construyendo según el orden de importancia en cuanto a la variabilidad total que recogen de la muestra.

7. RESULTADOS

7.1. Análisis descriptivo

En esta parte del análisis se describe el comportamiento de las variables estudiadas en términos de su distribución de frecuencias y porcentajes. Para efectos de comparación, se describe el nivel alcanzado en cada una de las variables psicológicas por cada grupo de acuerdo con el tiempo de medición.

Facultad de Medicina

Se han evaluado aspectos considerados como los *antecedentes* para que se desarrolle el síndrome de burnout. En estos *antecedentes* se contemplan condiciones como la ambigüedad de rol (por ejemplo, “*La información de cómo llevar a cabo mi trabajo, por parte de mis superiores es poco clara*”), contacto con el dolor y la muerte (ejemplo, “*Me afecta ver como un familiar del paciente sufre por éste*”), interacción conflictiva (ejemplo, “*Los médicos adscritos se dirigen a mí en tono autoritario*”) y sobrecarga (ejemplo, “*Creo que tengo demasiadas tareas que realizar a la vez*”). Si bien este grupo de alumnos (10° semestre) no tienen actividades como las que realizarían en un ambiente hospitalario si ha llevado prácticas pre-clínicas que los han puesto en situaciones parecidas a las que se enuncian. El porcentaje observado (94%) en la primera medición, específicamente en el nivel medio, se puede interpretar

como cierta predisposición o prejuicio que ellos tienen sobre lo que será el tipo de relación con el equipo de trabajo, los familiares de los pacientes y éstos. Si bien para la segunda medición e inicio de su internado, el porcentaje se situó nuevamente en el mismo nivel medio, éste decreció ligeramente (74%), lo que da la idea de que efectivamente los alumnos corroboran en parte, algunos de los prejuicios o expectativas formuladas con antelación.

En el caso del síndrome de burnout, su medición contempló la evaluación de sus tres dimensiones: agotamiento emocional (ejemplo, *“Me siento tronado después de un día de trabajo”*), despersonalización (ejemplo, *“Cuando los pacientes no mejoran intento hacer mi trabajo lo más rápido posible e intento evitar el contacto con ellos”*) y falta de realización personal (por ejemplo, *“Nadie me considera, me siento como un criado para todo”*). En ambas mediciones se evidencia que más de la mitad de este grupo de alumnos presenta el síndrome en un nivel medio, lo que representa el riesgo de agudización del trastorno.

Al evaluar el aspecto de *consecuencias* que se supone, derivan de lo reportado arriba, se encuentra que el 50% de los alumnos ya están presentando ciertas manifestaciones en los aspectos que evalúa esta escala. Ejemplo de ítems relacionados con consecuencias físicas (*“He tenido problemas musculares”*), psíquicas (*“Me noto nervioso y a punto de “explotar” constantemente”*), profesionales (*“Algunas veces, he tenido pensamiento de*

abandono de mis estudios”) y consecuencias sociofamiliares (“Mi trabajo me impone una vida familiar restringida”).

En cuanto a la variable personalidad resistente, también evaluada en sus tres dimensiones: reto, compromiso y control, se puede observar en la gráfica 1, que más de la mitad de los participantes puntuó en un nivel alto, tanto en la primera medición (56%) como en la segunda medición (59%).

Para el caso del locus de control, un alto porcentaje (90% aproximadamente) de los participantes presentó un nivel bajo de locus de control interno, en ambas mediciones. Mientras que para el locus de control externo, en la primera medición se presentó con un nivel alto en 47% de estos estudiantes, porcentaje de estudiantes que se incrementó en la segunda medición a un 68%.

En relación con la Autoeficacia, los resultados muestran que ésta se presenta en niveles altos en 70% de los participantes en ambas mediciones. Mientras que la percepción de estrés se encuentra en un nivel medio en 59% de este grupo de alumnos, situación que se mantiene de una medición a la otra.

Promoción 2013

Tomando en consideración lo descrito para el grupo anterior, para éste y el siguiente grupo nos limitaremos a reportar los valores que a nuestra consideración resultan interesantes para su posterior análisis.

A este grupo en particular, nos fue posible realizar tres mediciones durante su año de internado de pregrado. En lo relativo a la variable *Antecedentes*, cerca del 70% de los estudiantes se concentraron en el nivel medio durante las tres mediciones, encontrando que la percepción de situaciones problemáticas tuvo su máxima expresión al inicio del internado y al final del mismo.

Al realizar la medición del *síndrome de burnout*, se observa en la gráfica 2 que al inicio del internado un 44% registró en nivel medio de problemas con el SBO, conforme avanza el estudiante en su internado (seis meses después) al evaluarlo nuevamente, aumenta hasta alcanzar al 72% de los alumnos con SBO en nivel medio y para el final del internado aunque hay un considerable decremento de estudiantes que se ubican en el nivel medio se sigue presentando la problemática en poco más de la mitad de ellos (57%). En cuanto al apartado de *consecuencias*, las puntuaciones encontradas para las tres mediciones se agruparon también en el nivel medio, observando mayor concentración de alumnos al inicio (78%) y mitad del internado (72%).

En lo relativo a la *personalidad resistente*, se encontró que más de la mitad de los estudiantes presentaron puntajes medios y altos en esta variable en las tres mediciones realizadas.

70% de los jóvenes de este grupo, mostró un nivel bajo de *locus de control interno* en las tres mediciones. Caso contrario, ocurrió con el *locus de control externo* que calificó en un nivel alto en 50% de los estudiantes durante la primera y segunda medición; en la tercera medición solo 28% tuvo nivel alto.

El porcentaje de alumnos con autoeficacia en nivel alto fue incrementando ligeramente conforme éstos avanzaban en su internado (67%, 72% y 78%, respectivamente).

Por su parte, la percepción de estrés se mantuvo en nivel medio en 60% de los alumnos participantes en los tres momentos de medición.

Promoción 2012

Para este grupo en la escala de *antecedentes*, 77% de los estudiantes que ya tenían seis meses de estar realizando su internado, presentaron puntajes que los ubican en un nivel medio situación que favorecía la presencia del síndrome, mientras que en la segunda medición (al final del internado), el porcentaje de jóvenes en el nivel medio se incrementó a 91%.

Para el *síndrome de burnout* se observa en este grupo un ligero incremento en el porcentaje encontrado en la segunda medición (59%) respecto de la primera (55%), ambas en el nivel medio. En relación con las *consecuencias*, los puntajes se ubicaron principalmente en el nivel medio para 64% de los estudiantes en la primera medición y 59% para la segunda medición.

Respecto de la *personalidad resistente*, en la primera medición se destaca un 59% de jóvenes con un nivel alto, incrementando el porcentaje a 73% en la segunda medición. El nivel encontrado para *autoeficacia* en este grupo de estudiantes fue alto, tanto en la primera medición (82%), como para la segunda (91%).

En este grupo de estudiantes se registra una distribución muy similar a la encontrada en el grupo de facultad, es decir, se obtiene un nivel bajo de locus

de control interno en las dos mediciones realizadas (95% vs. 82%, respectivamente) mientras que más de la mitad de este grupo se agrupó en el nivel medio de locus de control externo tanto en la primera medición (55%) como en la segunda (59%).

En relación con la percepción de estrés se encontró que a los 6 meses de estar realizando su internado 59% de los alumnos tuvo un nivel medio de estrés. Al evaluar nuevamente su nivel de estrés para el final del internado se encontró que 50% de los participantes seguían percibiendo el estrés en nivel medio.

7.2. Análisis inferencial

El análisis estadístico realizado en esta etapa consistió en: *Correlaciones de Pearson*, *ANOVA con medidas repetidas* (solo para la promoción 2012 y 2013) y *Análisis de Componentes Principales (ACP)*.

Correlaciones

A los puntajes obtenidos a través de las respuestas a los instrumentos empleados se les realizó la prueba estadística *Correlación de Pearson*, a fin de conocer la eventual relación entre las diferentes variables psicológicas y sus posibles combinaciones, medidas antes y después.

Para interpretar el *coeficiente r de Pearson*, Hernández, Fernández-Collado y Baptista (2010) señalan que hay que tomar en cuenta dos aspectos: el signo y el valor numérico.

El *signo* indica la dirección de la correlación (positiva o negativa). Cuando el signo es negativo (por ejemplo, -0.63), indica que cada vez que aumenta X una unidad, Y disminuye siempre una cantidad constante (también aplica “a menor X, mayor Y”). Pero, cuando el signo es positivo (por ejemplo, 0.63), indica que cada vez que aumenta X una unidad, Y aumenta siempre una cantidad constante (o también “menor X, menor Y”).

El *valor numérico* indica la magnitud de la correlación (-1.00 a +1.00) que en combinación con el nivel de significancia establecido ≤ 0.05 (95% de confianza en que la correlación sea verdadera y 5% de probabilidad de error) ó ≤ 0.01 (99% de confianza en que la correlación sea verdadera y 1% de probabilidad de error), indica si el coeficiente es significativo o no.

Para esta investigación, todas las correlaciones marcadas en negritas implica una significancia menor a 0.05 (esto es, la probabilidad de error será menor de 5%).

Facultad de Medicina

En la tabla 2, se muestran las correlaciones obtenidas en el grupo de la Facultad de Medicina, en las dos mediciones realizadas. Los datos que se encuentran debajo de la diagonal corresponden a los obtenidos en la primera medición (10 semestre). Los datos muestran que en relación con las variables de interés, la *personalidad resistente* se asoció negativamente de manera significativa tanto con *antecedentes* ($r=-0.34$) como con el *síndrome de burnout* ($r=-0.36$) y aunque con las otras variables conservó la dirección esperada la correlación no resultó significativa. La autoeficacia se asoció negativamente con la percepción de estrés ($r=-0.38$). En la segunda medición (inicio del internado del grupo Facultad), la variable personalidad resistente se asoció negativamente con antecedentes ($r=-0.34$), SBO ($r=-0.51$) y con consecuencias

($r=-0.40$). Autoeficacia se asoció negativamente con antecedentes ($r=-0.34$), consecuencias ($r=-0.50$) y percepción de estrés ($r=-0.63$). Locus de control interno tuvo asociaciones significativas de manera positiva con antecedentes ($r=0.41$), consecuencias ($r=0.44$) y de manera negativa con personalidad resistente ($r=-0.54$) y con locus de control externo ($r=-0.62$).

Tabla 2. Correlaciones para las ocho variables psicológicas medidas en estudiantes de la Facultad de Medicina, Xalapa, Ver., México, 2013

Variables Psicológicas	ANT	SBO	CONS	PR	AEG	LCI	LCE	PS
ANT	--	0.62	0.41	-0.34	-0.34	0.41	-0.52	0.53
SBO	0.09	--	0.40	-0.51	-0.33	0.16	-0.34	0.31
CONS	0.31	0.45	--	-0.40	-0.50	0.44	-0.20	0.55
PR	-0.34	-0.36	-0.31	--	0.25	-0.54	0.49	-0.19
AEG	0.14	-0.16	-0.18	0.08	--	-0.33	0.37	-0.63
LCI	0.11	0.09	0.12	-0.19	0.14	--	-0.62	0.33
LCE	-0.11	-0.16	-0.16	0.34	-0.29	-0.55	--	-0.33
PS	0.09	0.51	0.40	-0.09	-0.38	-0.22	0.36	--

Nota. Las correlaciones del pretest se presentan debajo de la diagonal y las correlaciones del posttest se presentan arriba de la diagonal. Las correlaciones marcadas en negritas son significativas a $p<.05000$. ANT= antecedentes; SBO= síndrome de burnout; CONS= consecuencias; PR= personalidad resistente; AEG= autoeficacia; LCI= locus de control interno; LCE= locus de control externo; PS= percepción de estrés.

Promoción 2013

En la tabla 3, se muestra la correlación obtenida en las primeras dos mediciones realizadas. Los datos que se encuentran debajo de la diagonal corresponden a los obtenidos para la primera medición (inicio del internado), donde se destaca particularmente, la manera cómo la personalidad resistente se asoció negativamente con las variables antecedentes ($r=-0.73$), síndrome de

burnout ($r=-0.84$) y percepción de estrés ($r=-0.84$) en comparación con las variables autoeficacia y locus de control interno que aunque tienen la dirección esperada ninguna resultó significativa.

En la segunda medición (mitad del internado), datos arriba de la diagonal de la tabla 3, podemos observar como nuevamente la variable personalidad resistente se asoció negativamente con antecedentes ($r=-0.57$) y con SBO ($r=-0.59$), mientras con *consecuencias* obtuvo una alta correlación de tipo positivo. La autoeficacia no alcanzó el nivel de significancia especificado aunque nuevamente conservó la dirección esperada con las variables relacionadas con el SBO. Mientras que locus de control interno solo tuvo una relación negativa con el locus de control externo ($r=-0.84$).

Tabla 3. Correlaciones para las ocho variables psicológicas en primera y segunda medición en internos promoción 2013, Xalapa, Ver., México, 2013

Variables Psicológicas	ANT	SBO	CONS	PR	AEG	LCI	LCE	PS
ANT	--	0.77	-0.56	-0.57	-0.24	-0.25	0.10	0.57
SBO	0.86	--	-0.57	-0.59	-0.24	-0.20	0.12	0.79
CONS	-0.69	-0.83	--	1.00	0.34	0.22	-0.29	-0.45
PR	-0.73	-0.84	0.99	--	0.36	0.23	-0.30	-0.47
AEG	-0.09	-0.23	0.40	0.39	--	-0.10	0.13	-0.43
LCI	-0.07	-0.08	-0.27	-0.24	-0.14	--	-0.84	-0.27
LCE	-0.14	0.09	0.04	0.03	-0.28	-0.31	--	0.25
PS	0.68	0.82	-0.75	-0.77	-0.17	0.14	-0.03	--

Nota. Las correlaciones de la primera medición se presentan debajo de la diagonal y las correlaciones de la segunda medición se presentan arriba de la diagonal. Las correlaciones marcadas en negritas son significativas a $p < .05000$. ANT= antecedentes; SBO= síndrome de burnout; CONS= consecuencias; PR= personalidad resistente; AEG= autoeficacia; LCI= locus de control interno; LCE= locus de control externo; PS= percepción de estrés.

En la tercera medición, los correlatos encontrados para la Promoción 2013 (ver tabla 4), muestran a la *personalidad resistente* en asociación negativa y significativa con SBO ($r=-0.57$), consecuencias ($r=-0.63$) y percepción de estrés ($r=-0.57$). La variable autoeficacia se asoció negativamente y significativamente solo con SBO ($r=-0.48$). Mientras que el locus de control interno solo tuvo asociación negativa y significativa con antecedentes ($r=-0.49$).

Tabla 4. Correlaciones para las ocho variables psicológicas en la tercera medición en internos promoción 2013, Xalapa, Ver., México, 2013

Variables Psicológicas	ANT	SBO	CONS	PR	AEG	LCI	LCE	PS
ANT	--							
SBO	0.79	--						
CONS	0.71	0.85	--					
PR	-0.20	-0.57	-0.63	--				
AEG	-0.23	-0.48	-0.43	0.43	--			
LCI	-0.49	-0.39	-0.35	0.04	-0.17	--		
LCE	0.52	0.08	0.25	0.41	-0.04	-0.37	--	
PS	0.60	0.83	0.69	-0.57	-0.44	-0.41	-0.02	--

Nota. Las correlaciones marcadas en negritas son significativas a $p<.05000$. ANT= antecedentes; SBO= síndrome de burnout; CONS= consecuencias; PR= personalidad resistente; AEG= autoeficacia; LCI= locus de control interno; LCE= locus de control externo; PS= percepción de estrés.

Promoción 2012

En la tabla 5, se muestra las correlaciones obtenidas en las dos mediciones realizadas. En la primera medición (datos debajo de la diagonal), se encuentra que el síndrome de burnout se asoció positivamente con consecuencias ($r=0.66$) y percepción de estrés ($r=0.53$). La variable

consecuencias se relacionó positivamente con percepción de estrés ($r=0.55$). Mientras que la variable personalidad resistente se asoció significativamente de manera negativa con síndrome de burnout ($r=-0.46$), consecuencias ($r=-0.54$) y percepción de estrés ($r=-0.58$). Las variables autoeficacia y locus de control externo, correlacionaron significativamente de manera positiva ($r=0.53$).

En la segunda medición, seis meses después (tiempo en el cual los jóvenes concluían su internado), se encontró que el síndrome de burnout se asoció significativamente de manera positiva con antecedentes ($r=0.61$), consecuencias ($r=0.65$) y percepción de estrés ($r=0.57$). Mientras que la variable antecedentes se relacionó de manera significativa y positiva con consecuencias ($r=0.55$) y percepción de estrés ($r=0.42$). La autoeficacia percibida tuvo una correlación significativa de manera positiva con personalidad resistente ($r=0.48$) y de manera negativa tanto con el síndrome de burnout ($r=-0.50$) como con la percepción de estrés ($r=-0.46$). En el caso del locus de control interno se relacionó negativamente con locus de control externo ($r=-0.44$).

Para la promoción 2012, tanto la personalidad resistente como la autoeficacia se encuentran asociadas en la dirección esperada, aunque en algunos de los momentos de medición no fueran significativos. Por su parte, el locus de control interno no correlacionó significativamente ni de la forma esperada con las variables ANT, SBO, CONS y PS.

Tabla 5. Correlaciones para las ocho variables psicológicas medidas en internos de promoción 2012, Xalapa, Ver., México, 2013

Variables Psicológicas	ANT	SBO	CONS	PR	AEG	LCI	LCE	PS
ANT	--	0.61	0.55	0.09	-0.18	0.03	-0.12	0.42
SBO	0.29	--	0.65	-0.19	-0.50	-0.14	0.07	0.57
CONS	0.21	0.66	--	-0.29	-0.27	0.06	0.11	0.24
PR	0.09	-0.46	-0.54	--	0.48	-0.09	-0.24	-0.26
AEG	-0.01	-0.24	-0.11	0.34	--	-0.14	-0.25	-0.46
LCI	-0.18	0.05	0.08	-0.10	-0.33	--	-0.44	-0.05
LCE	0.03	0.02	-0.13	0.33	0.53	-0.08	--	0.13
PS	0.32	0.53	0.55	-0.58	-0.28	-0.02	-0.17	--

Nota. Las correlaciones del pretest se presentan debajo de la diagonal y las correlaciones del posttest se presentan arriba de la diagonal. Las correlaciones marcadas en negritas son significativas a $p < .05000$. ANT= antecedentes; SBO= síndrome de burnout; CONS= consecuencias; PR= personalidad resistente; AEG= autoeficacia; LCI= locus de control interno; LCE= locus de control externo; PS= percepción de estrés.

ANOVA con medidas repetidas

Para contrastar las medias obtenidas en las puntuaciones de los estudiantes participantes a través de las dos promociones de internos (2012 y 2013), se realizó un *ANOVA con medidas repetidas*, donde para considerar un contraste significativo la probabilidad debe ser menor de 0.50. Como se ilustra en la tabla 6 y figura 1, en la promoción 2012, solo el factor *hospital* tuvo efecto significativo sobre la variable *Antecedentes* [$F(1, 20)=22.13, p= 0.0004$].

Tabla 6. Valores promedio ($\pm EE$) de las variables psicológicas medidas en internos promoción 2012

	CEM		CIVIL		F	p
	Internado		Internado			
	Mitad	Final	Mitad	Final		
ANT	45 \pm 1.02	42 \pm 1.03	36 \pm 1.04	39 \pm 1.06	22.12	0.01
SBO	30 \pm 1.05	28 \pm 1.05	27 \pm 1.08	25 \pm 1.09	1.15	0.29
CONS	38 \pm 1.03	39 \pm 1.03	38 \pm 1.06	41 \pm 1.06	0.16	0.69
PR	35 \pm 1.07	34 \pm 1.06	36 \pm 1.12	31 \pm 1.10	0.12	0.72
AEG	32 \pm 1.05	34 \pm 1.03	35 \pm 1.09	35 \pm 1.05	0.61	0.44
LCI	26 \pm 1.08	29 \pm 1.11	24 \pm 1.14	21 \pm 1.19	1.63	0.21
LCE	111 \pm 1.06	114 \pm 1.05	122 \pm 1.10	123 \pm 1.08	1.16	0.29
PS	22 \pm 1.09	21 \pm 1.08	18 \pm 1.16	15 \pm 1.13	2.90	0.10

ANT= Antecedentes; SBO= Síndrome de Burnout; CONS= Consecuencias; PR= Personalidad Resistente; AEG= Autoeficacia; LCI= Locus de Control Interno; LCE= Locus de Control Externo; PS= Percepción de Estrés.

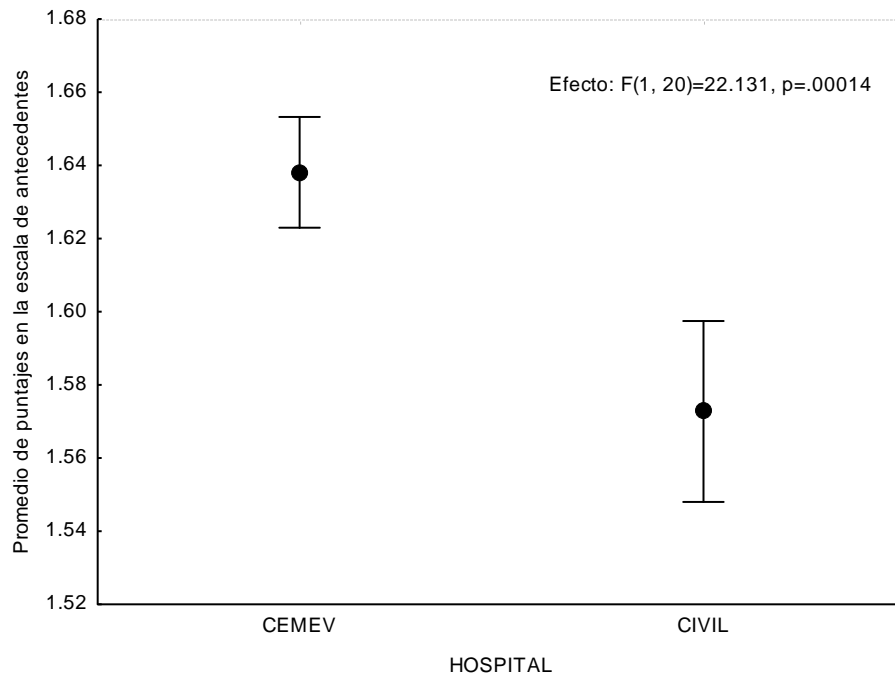


Figura 1. Valores promedio del puntaje obtenido en la variable antecedentes por los internos de los hospitales CEMEVA y CIVIL. Las líneas verticales indican intervalo de confianza al 95%.

Mientras que en la promoción 2013, tal y como se observa en la tabla 7, Figuras 2 y 3, el factor *hospital* ha tenido efecto significativo sobre las variables *Antecedentes* [$F(2, 15)=4.78, p= 0.024$] y Síndrome de Burnout [$F(2, 15)=6.39, p= 0.01$].

Tabla 7. Valores promedio (\pm EE) de las variables psicológicas medidas en médicos internos promoción 2013

	CEMEV			CIVIL			ISSSTE			F	p
	Internado			Internado			Internado				
	Inicio	Mitad	Final	Inicio	Mitad	Final	Inicio	Mitad	Final		
ANT	46 \pm 1.03	43 \pm 1.05	40 \pm 1.05	40 \pm 1.05	40 \pm 1.08	36 \pm 1.07	37 \pm 1.05	37 \pm 1.07	35 \pm 1.06	4.79	0.02
SBO	32 \pm 1.07	32 \pm 1.07	29 \pm 1.09	26 \pm 1.10	27 \pm 1.11	24 \pm 1.14	18 \pm 1.09	25 \pm 1.09	22 \pm 1.13	6.39	0.01
CONS	33 \pm 1.04	35 \pm 1.05	33 \pm 1.09	35 \pm 1.07	35 \pm 1.07	32 \pm 1.14	42 \pm 1.06	38 \pm 1.06	28 \pm 1.12	0.76	0.48
PR	33 \pm 1.05	35 \pm 1.04	36 \pm 1.06	35 \pm 1.07	35 \pm 1.07	37 \pm 1.10	42 \pm 1.06	38 \pm 1.06	35 \pm 1.09	1.60	0.23
AEG	32 \pm 1.06	32 \pm 1.06	32 \pm 1.05	29 \pm 1.09	32 \pm 1.09	34 \pm 1.08	35 \pm 1.08	30 \pm 1.08	33 \pm 1.07	0.10	0.89
LCI	26 \pm 1.20	31 \pm 1.19	26 \pm 1.13	44 \pm 1.32	34 \pm 1.30	29 \pm 1.21	30 \pm 1.28	43 \pm 1.26	45 \pm 1.18	1.72	0.21
LCE	106 \pm 1.12	118 \pm 1.07	103 \pm 1.16	141 \pm 1.19	125 \pm 1.11	124 \pm 1.25	108 \pm 1.16	103 \pm 1.09	90 \pm 1.22	1.79	0.20
PS	28 \pm 1.17	31 \pm 1.14	23 \pm 1.13	24 \pm 1.27	21 \pm 1.22	20 \pm 1.21	12 \pm 1.24	19 \pm 1.20	17 \pm 1.18	3.29	0.06

ANT= Antecedentes; SBO= Síndrome de Burnout; CONS= Consecuencias; PR= Personalidad Resistente; AEG= Autoeficacia; LCI= Locus de Control Interno; LCE= Locus de Control Externo; PS= Percepción de Estrés.

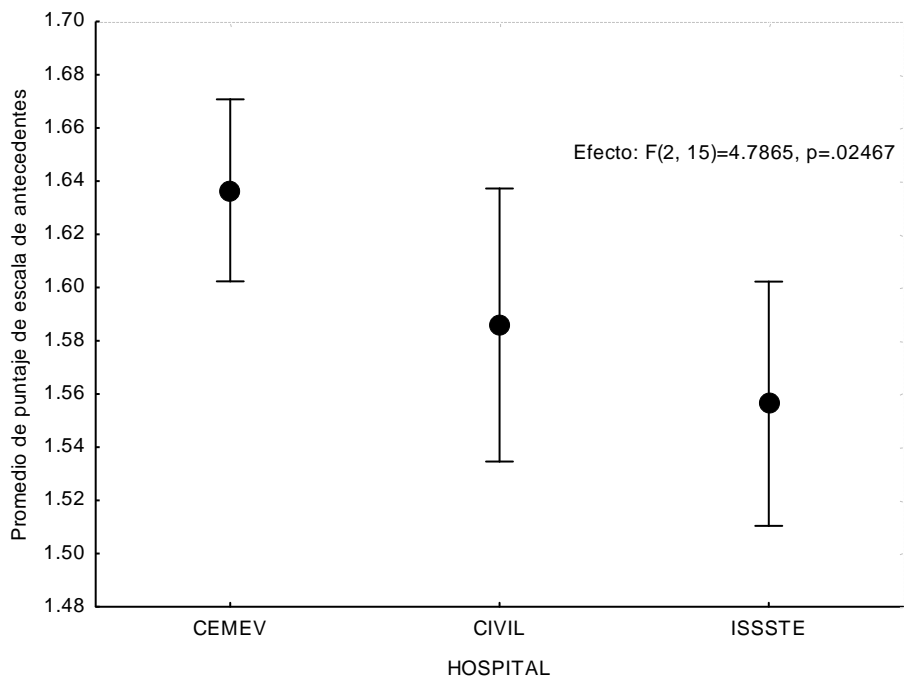


Figura 2. Valores promedio del puntaje obtenido en la variable antecedentes por los internos de los hospitales CEMEV, CIVIL e ISSSTE. Las líneas verticales indican intervalo de confianza al 95%.

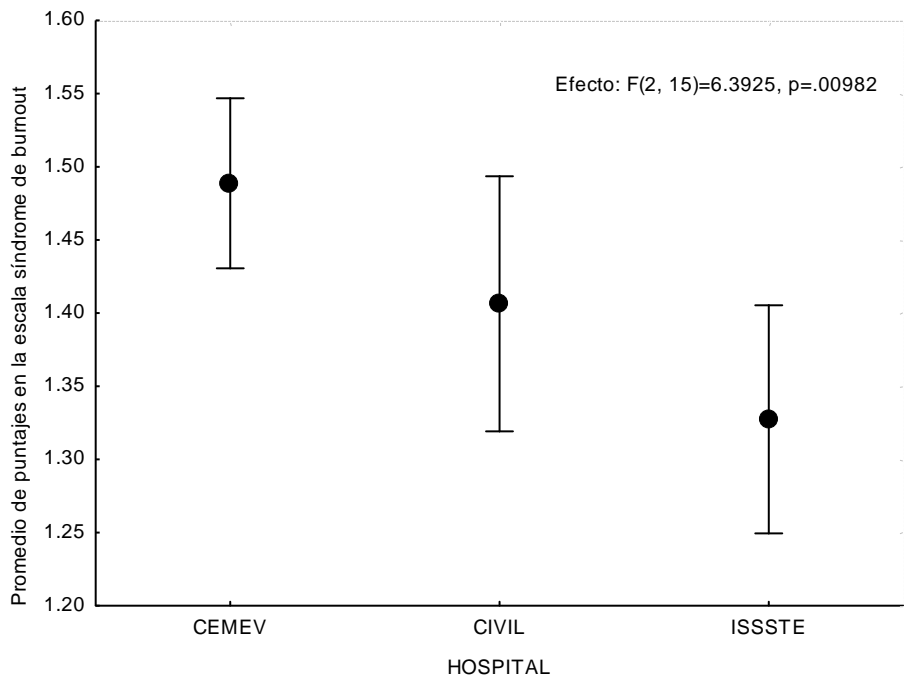


Figura 3. Valores promedio del puntaje obtenido en la variable síndrome de burnout por los internos de los hospitales CEMEV, CIVIL e ISSSTE. Las líneas verticales indican intervalo de confianza al 95%.

Análisis de Componentes Principales (ACP)

Se aplicó la técnica de ordenación multivariada de Análisis de Componentes Principales (ACP), con la cual se obtuvieron las combinaciones lineales a partir de las variables originales para reducir la dimensionalidad multivariada.

Después se obtuvieron los *factor score* de los ACP que resumen un índice de la combinación lineal y fueron analizados con un Modelo Lineal Generalizado (GLM) en donde el diseño correspondió al de medidas repetidas unifactorial solo para los *score* de los componentes principales que tuvieron contribución lineal.

ACP Facultad de Medicina

Los estudiantes de medicina de semestres avanzados, que aún no realizan el internado (10° semestre) (ver tabla 8) en la primera medición registraron una asociación lineal en el CP1 con 29% de la variación explicada; se integró por las variables síndrome de burnout y consecuencias. El CP2 explicó 25% de la variabilidad, a través del locus de control externo. Se registró un tercer componente (CP3), integrado por los antecedentes, que explica 12% de la variación.

Seis meses después (inicio de internado) se registró sólo un componente principal (CP1) integrado por las variables antecedentes, consecuencias y percepción de estrés y que explica 48% de la variabilidad.

Tabla 8. Análisis de Componentes Principales para el grupo de la Facultad de Medicina, Xalapa, Ver., México, 2013

	10° Semestre			Inicio Internado
	PC 1	PC 2	PC 3	PC 1
ANT	-0.45	0.21	0.77	0.76
SBO	-0.76	-0.15	-0.25	0.65
CONS	-0.77	-0.07	0.06	0.70
PR	0.66	-0.26	-0.09	-0.66
AEG	0.24	0.58	0.37	-0.67
LCI	-0.26	0.67	-0.36	0.69
LCE	0.29	-0.80	0.25	-0.69
PS	-0.54	-0.68	-0.00	0.70
Varianza explicada	2.33	2.07	1.01	3.85
Porcentaje de varianza total	0.29	0.25	0.12	0.48

Nota. Números en negritas indican alta carga factorial. ANT= antecedentes; SBO= síndrome de burnout; CONS= consecuencias; PR= personalidad resistente; AEG= autoeficacia; LCI= locus de control interno; LCE= locus de control externo; PS= percepción estrés

ACP Promoción 2013

Los estudiantes de pregrado de la promoción 2013 (tabla 9), tuvieron al inicio de su internado una asociación lineal en el CP1 con 53% de variación explicada, éste CP1 estuvo constituido por las variables Antecedentes, Síndrome de Burnout, Consecuencias, Personalidad Resistente y Percepción

de Estrés. El locus de control interno y locus de control externo explicaron 17% de la variación, ambos incluidos en el CP2. En un tercer componente (CP3), la autoeficacia contribuyó a explicar la variación con un 15% de peso.

Seis meses después (a la mitad del internado) el CP1 explicó 49% de la variación a partir de las variables: antecedentes, síndrome de burnout, consecuencias, personalidad resistente y percepción de estrés. Mientras que el CP2 explicó 22% a partir de la acción de los locus de control interno y externo. En un CP4, la autoeficacia explicó 9% de la variación.

Para el final del internado, el CP1 aportó 51% de la variación explicada con Antecedentes, Síndrome de Burnout, Consecuencias y Percepción de Estrés. El CP2 aportó 22% explicado por el locus de control externo.

Tabla 9. Análisis de Componentes Principales para el grupo de internos promoción 2013, Xalapa, Ver., México, 2013

		Internado de Pregrado								
		Inicio			Mitad			Final		
		CP1	CP2	CP3	CP1	CP2	CP4	CP1	CP2	
ANT	0.83	-0.00	-0.38	-0.79	-0.15	-0.25	0.81	-0.43		
SBO	0.93	0.18	-0.21	-0.83	-0.18	-0.16	0.95	0.05		
CONS	-0.94	0.07	-0.16	0.85	0.07	0.18	0.91	0.01		
PR	-0.96	0.05	-0.12	0.86	0.07	0.17	-0.62	-0.64		
AEG	-0.36	-0.32	-0.74	0.41	0.49	-0.70	-0.52	-0.40		
LCI	0.15	-0.70	0.58	0.42	-0.83	-0.16	-0.47	0.58		
LCE	-0.02	0.86	0.25	-0.40	0.86	0.16	0.21	-0.82		
PS	0.86	-0.03	-0.12	-0.78	-0.10	0.27	0.86	0.14		
Varianza explicada	4.31	1.38	1.22	3.93	1.76	0.79	4.09	1.81		
Porcentaje de varianza total	0.53	0.17	0.15	0.49	0.22	0.09	0.51	0.22		

Nota. Números en negritas indican alta carga factorial. ANT= antecedentes; SBO= síndrome de burnout; CONS= consecuencias; PR= personalidad resistente; AEG= autoeficacia; LCI= locus de control interno; LCE= locus de control externo; PS= percepción estrés.

La tabla 10, muestra que al analizar el “factor score” correspondiente al CP1 [$F(2, 15) = 2.64, p = 0.10$] y al CP2 [$F(2, 15) = 0.15, p = 0.086$] en los tres momentos de medición, no se encontró efecto del factor hospital como parte de la explicación, pero sí se encontró efecto sinérgico entre la interacción Tiempo (momento de aplicación)*Hospital del CP1 [$F(4, 30) = 3.06, p = 0.03$, Figura 4].

Tabla 10. Valores promedio ($\pm EE$) de los componentes principales en internos promoción 2013 de los hospitales CEMEV, CIVIL, ISSSTE

	CEMEV			CIVIL			ISSSTE			F	p
	Internado			Internado			Internado				
	Inicio	Mita	Final	Inicio	Mita	Final	Inicio	Mita	Final		
CP1	0.56 \pm 0.24	-0.38 \pm 0.31	0.33 \pm 0.32	0.06 \pm 0.37	0.07 \pm 0.47	-0.10 \pm 0.49	-1.07 \pm 0.33	0.62 \pm 0.42	-0.52 \pm 0.44	2.64	0.10
CP2	0.02 \pm 0.34	0.03 \pm 0.34	-0.20 \pm 0.32	0.34 \pm 0.51	0.30 \pm 0.51	-0.25 \pm 0.49	-0.32 \pm 0.46	-0.31 \pm 0.46	0.57 \pm 0.44	0.15	0.86

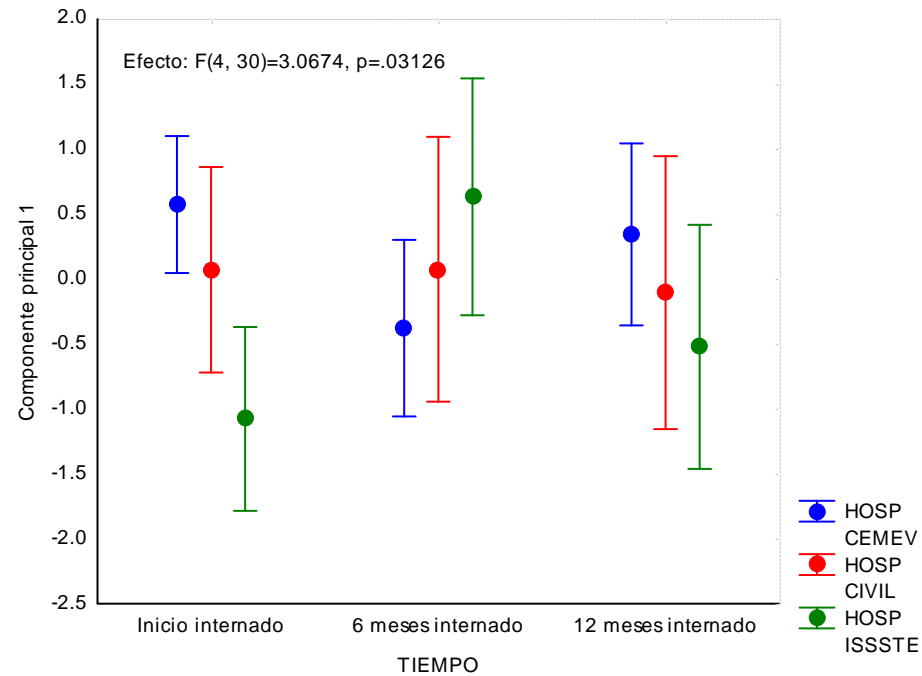


Figura 4. Comparación del componente principal 1 entre los hospitales CEMEV, CIVIL e ISSSTE de la promoción 2013. Las líneas verticales indican intervalo de confianza al 95%.

ACP Promoción 2012

En la tabla 11, se resumen los resultados del análisis de componentes principales para la “promoción 2012”, utilizando las ocho variables psicológicas medidas en dos tiempos (antes y después). Se recuerda que esta técnica permite hallar las causas de la variabilidad de un conjunto de datos y ordenarlas por el peso que tienen en la explicación de la variabilidad. A seis meses del internado el componente principal 1 (CP1) aportó 37% de la variación, integrado por las variables SBO, consecuencias, personalidad resistente y percepción de estrés.

Al final del internado el CP1 explicó 33% de la varianza, integrado por las variables síndrome de Burnout, consecuencias y percepción de estrés. Además el CP2 explicó 19% integrado por locus externo y un CP3 aportó 16% a la explicación de la variación, a partir de los puntajes en el locus de control interno.

Tabla 11. Análisis de Componentes Principales para el grupo de internos promoción 2012, Xalapa, Ver., México, 2013

	Internado de Pregrado			
	Mitad	Final		
	PC 1	PC 1	PC 2	PC 3
ANT	0.27	-0.65	-0.51	-0.34
SBO	0.76	-0.87	-0.13	-0.21
CONS	0.78	-0.73	-0.20	-0.08
PR	-0.78	0.45	-0.43	-0.58
AEG	-0.51	0.69	-0.25	-0.42
LCI	0.16	0.02	-0.54	0.74
LCE	-0.38	-0.23	0.81	-0.22
PS	0.80	-0.71	0.03	-0.01
Varianza explicada	2.97	2.97	1.54	1.30
Porcentaje de varianza total	0.37	0.37	0.19	0.16

Nota. Números en negritas indican alta carga factorial. ANT= antecedentes; SBO= síndrome de burnout; CONS= consecuencias; PR= personalidad resistente; AEG= autoeficacia; LCI= locus de control interno; LCE= locus de control externo; PS= percepción estrés.

La tabla 12, demuestra que al analizar el “factor score” del componente principal 1 no se encontró contraste en sus valores promedio al compararse entre hospitales [F(1,20)=.148, p=.703], ni la interacción Tiempo*Hospital aportó efecto sinérgico [F(1,20)=2.71, p=.114] (Figura 5).

Tabla 12. Valores promedio (\pm EE) del componente principal 1 en internos promoción 2012

	CEMEV		CIVIL		F	P
	ANTES	DESPUES	ANTES	DESPUES		
CP1	0.14 \pm 0.24	-0.19 \pm 0.24	-0.37 \pm 0.40	0.53 \pm 0.39	0.14	0.70

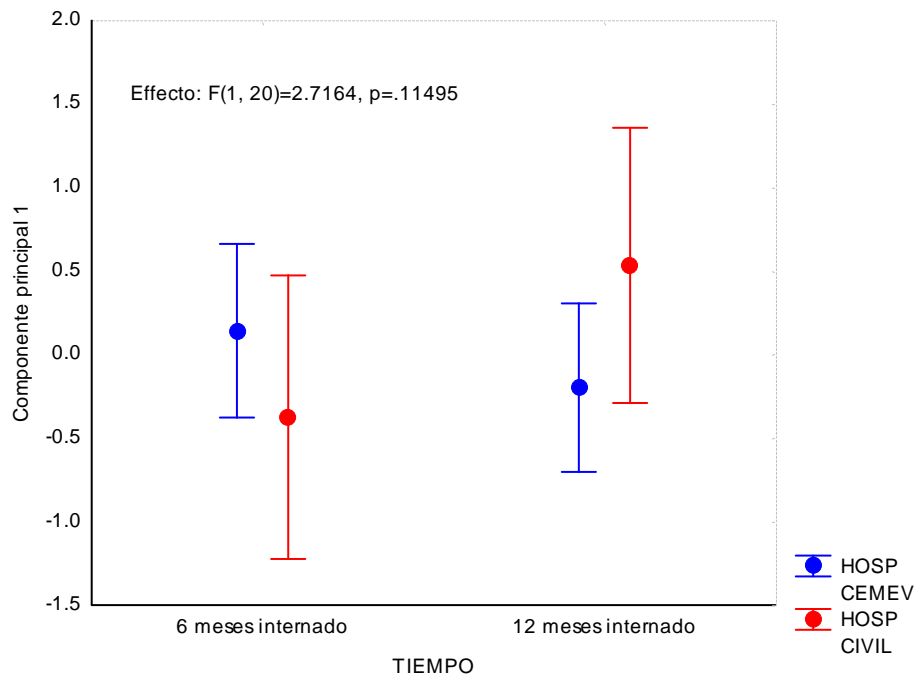


Figura 5. Comparación del componente principal 1 entre los hospitales CEMEV y CIVIL de la promoción 2012. Las líneas verticales indican intervalo de confianza al 95%.

8. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

8.1. Conclusiones

Con base en los resultados encontrados, se formula las siguientes conclusiones:

1. La hipótesis, que a la letra dice: *“Niveles altos en autoeficacia percibida, locus de control interno y personalidad resistente son predictores de niveles bajos de estrés percibido y síndrome de burnout en estudiantes de medicina de medicina de pregrado”*, se acepta parcialmente para las variables personalidad resistente y autoeficacia percibida.

El nivel que presentó la variable personalidad resistente fue alto en la mitad de los participantes, además de haber presentado, de acuerdo a lo esperado, correlaciones negativas, en su mayoría significativas tanto con la percepción de estrés ($r = -0.58$, $p > 0.05$) como con el síndrome de burnout ($r = -0.84$, $p > 0.05$). Esta misma variable mostró una alta carga factorial y se ubicó dentro del componente más importante para la explicación de la variabilidad mostrada, particularmente para las promociones 2012 y 2013 participantes.

Mientras que la autoeficacia percibida aún cuando también se presentó en nivel alto y mantuvo la dirección esperada (negativa) con las variables percepción de estrés y síndrome de burnout, en la mayoría de los casos no fue

significativa. Cuando mostró carga factorial considerable en algún componente principal representó aproximadamente 8% de la varianza total. Esto indica que si bien es una variable que hay que considerar como uno de los determinantes del SBO, no es el que más peso muestra en su capacidad explicativa.

En tanto que el locus de control interno en las tres submuestras se presentó en un nivel bajo, la relación no fue siempre en la dirección esperada y tampoco fue significativa. Esto, a pesar de aparecer en algunos componentes como un determinante de la variación de nuestras variables de interés, aunque con una constante inconsistencia en sus valores mostrados al relacionarse con las variables que tienen que ver con situaciones de estrés.

2. Los resultados obtenidos en el grupo de la Facultad de Medicina apoyan la suposición de que el síndrome de burnout puede tener su origen durante todo el proceso de formación de los estudiantes de medicina.

3. La interacción tiempo*hospital permitió conocer un efecto sinérgico para la explicación del síndrome. Esto sugiere que la cantidad diaria de tiempo que dedican los estudiantes al internado más las características específicas de cada ambiente hospitalario, pueden tener un papel relevante en la atenuación o fortalecimiento del síndrome de burnout.

4. La variable *antecedentes* que incluye aspectos como ambigüedad de rol, contacto con el dolor y la muerte, interacción conflictiva y sobrecarga laboral, al

tener contraste en sus valores promedio entre hospitales [$F(2, 15)=4.78$, $p=0.024$], se muestra como una variable claramente significativa para la explicación del proceso del SBO. Esto es, al contar con tres ámbitos hospitalarios diferentes permitió corroborar la importancia de los aspectos interactivos entre las variables laborales estresoras sobre el proceso del síndrome de burnout. Dato que ofrece una aportación práctica al confirmar el modelo teórico entre dichas variables, tal y como lo han encontrado autores como Garrosa y cols., (2008) y Moreno-Jiménez y cols., (2012).

5. Del año que dura el internado, fue justo a la mitad de éste (durante la medición a los 6 meses de haber iniciado el internado) donde las variables que se han visto asociadas con el estrés (antecedentes [73%], síndrome de burnout [60%], consecuencias [62%], locus de control externo [58%]) en promedio, mostraron su punto de expresión más alto.

Por lo ya descrito, se puede considerar que los objetivos de la investigación se cumplieron.

8.2. Discusión

La presente investigación ha tenido como objetivo principal explorar la capacidad predictiva de constructos como la autoeficacia percibida, locus de control interno y personalidad resistente sobre los procesos estrés y burnout en estudiantes de medicina de pregrado, en tanto se consideran como potenciadoras del bienestar y la salud del individuo y no únicamente como elementos amortiguadores del impacto de las fuentes de estrés.

La elección de la población de estudio obedece principalmente a dos razones, la primera al hecho de ser una profesión considerada altamente estresante (Dyrbye et al., 2013; Guille, Clark, Amstadter y Sen, 2014; Ramírez, Medeiro, Muñoz y Ramírez, 2012; Schwenk, Davis y Wimsatt, 2010) y segundo, por considerar que los internos de medicina están en una de las fases más críticas de su formación médica al asumir una doble condición, estudiante aún en formación y como personal no asalariado en un ambiente hospitalario que le asigna responsabilidades y exigencias específicas.

En este sentido, se consideraron variables de carácter organizacional y de personalidad, que de acuerdo con autores como Moreno-Jiménez y cols., (2012) permiten contar con una explicación completa de los procesos de estrés y burnout. En las de tipo organizacional se tomaron en cuenta factores como la ambigüedad de rol, contacto con el dolor y la muerte, interacción conflictiva y sobrecarga denominado por Garrosa y cols., (2008) como bloque de

“*antecedentes*” que integra elementos que se han asociado potencialmente en la génesis del burnout como resultado del contexto laboral hospitalario.

Un dato que llama la atención con esta categoría de *Antecedentes* es que siempre se mostró en correlación positiva con las variables *síndrome de burnout*, *consecuencias* y *percepción de estrés*, dato que ha sido sistemáticamente corroborado y que confirma la relación teórica establecida. Resultado que le confiere un importante poder explicativo al predecir conductas relacionadas con el burnout (Boada, de Diego, Agulló y Mañnas, 2005; Garrosa y cols., 2008).

Por lo que nuestro resultado adquiere gran relevancia al considerarse a los *antecedentes* como uno de los aspectos importantes en el proceso del burnout. Creemos que una intervención dirigida a reducir el riesgo de burnout en este tipo de población puede ser más efectiva si se toma en cuenta estos elementos al mismo tiempo que se refuerzan o se desarrollan los factores de personalidad, considerando que son estudiantes que se “tienen” que incorporar a un ambiente hospitalario con una estructura organizacional y jerárquica bien definida, donde le asignaran un cúmulo de responsabilidades que tienen que cumplir durante un año.

Dentro de tales responsabilidades no tan solo está poner en práctica lo aprendido en etapas anteriores o de adquirir nuevos conocimientos y habilidades, tal y como lo mencionan Sánchez, Flores, Urbina y Lara (2008),

sino está el hecho de su interrelación con los actores reales de un ambiente hospitalario: médicos adscritos y residentes, personal de enfermería y demás equipo de salud y por supuesto, los pacientes y familiares de éste. Interrelación documentada por Moreno y cols., (2013) como una posición de menor jerarquía al interior de un sistema altamente jerarquizado que los pone en condiciones de desventaja y vulnerabilidad, combinación que adquiere un importante efecto acumulativo con serias consecuencias en la trayectoria académica y una afectación seria al ejercicio de sus derechos humanos ejercida de manera sutil o abierta en contra de los estudiantes.

El hecho de encontrar altos porcentajes (70%) en un nivel medio de afectación en la variable *antecedentes*, sugiere que los internos están sometidos a una alta presión académica y exigencia por parte del personal médico, que se ve magnificada por la sobrecarga laboral a la que son sometidos, largas jornadas de trabajo, la falta de especificidad de funciones y tareas, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para tomar decisiones, falta de sueño, tal y como lo señala Santen, Holt, Kemp y Hemphill (2010).

Situación que Sánchez y cols. (2008) encontraran en su estudio cualitativo realizado con internos de pregrado en México, del que me permitiré citar textualmente tres transcripciones que reflejan el sentir de los estudiantes, cuando exploran por ejemplo, el trato recibido por parte de los médicos adscritos y residentes,

“...no deja de ser un poco difícil el trato sobre todo con los médicos ya que exigen demasiado, y sobre todo, otorgan muy poco a la figura del médico interno a pesar de que ellos pasaron por lo mismo”.

Cuando indagan sobre carga de trabajo, tiempo de estudio, comer y descansar, la respuesta fue:

“...y casi no he comido, casi no he dormido, tengo mucho trabajo siempre y es difícil estudiar, casi no tengo tiempo libre, no he salido una sola vez con mis amigos, y me ha sido muy difícil adaptarme”.

Y cuando se les preguntó sobre las actividades de enseñanza:

“No hay trabajo en equipo, no tenemos tiempo de estudiar ya que la carga de trabajo es tan pesada que salimos muy tarde de las jornadas y sumamente cansados, no se nos dan clases porque dicen que es internado y que los días de escuela ya han terminado”

Si bien las autoras antes citadas aún cuando señalan que la mayoría de los internos entrevistados refirieron haber encontrado un ambiente de respeto, colaboración y de aprendizaje en su estancia en el hospital, su estudio mostró

un panorama que resume esos sentimientos de cansancio y trabajo agotador que supone el internado de pregrado.

En este sentido, nuestros datos apoyan lo encontrado por Estela-Villa, Jiménez-Román, Landeo-Gutiérrez, Tomateo-Torvisco y Vega-Dienstmaier (2010) quienes encontraron que no tan solo la condición hospitalaria de enseñanza afectan la estabilidad psicológica de los internos durante su formación profesional sino que también se refleja cierta afectación desde su formación dentro de la facultad lo que plantea la imperiosa necesidad de incorporar a los planes de estudio contenidos para formar recursos de afrontamiento al estrés en los estudiantes de medicina como una medida protectora para su salud mental y para la prevención de la presencia del burnout o desgaste profesional.

En relación con el síndrome de burnout, se encontró que en promedio de todas las mediciones realizadas 50% de los estudiantes cumplían con criterios de SBO. Este hallazgo es similar al encontrado en una Universidad Privada de Lima, Perú, por Estela-Villa y cols. (2010) que encontraron una prevalencia de 57% y por Dyrbye y cols., (2010) que realizaron un estudio en 7 escuelas de medicina de Estados Unidos donde reportaron 52% de estudiantes con burnout.

La elevada presencia de burnout en los internos de medicina de nuestro trabajo refuerza la necesidad de contar con más datos empíricos que confirmen

la utilidad de elementos necesariamente de carácter personal que ayuden a los estudiantes a desarrollar o mantener habilidades y recurso personales para promover su bienestar y calidad de vida.

Lo anterior puede encontrar fundamento en los resultados encontrados después de la medición sobre diversas *consecuencias* derivadas del síndrome de burnout manifestadas a nivel individual y organizacional. Se encontraron niveles medios en 60% de los estudiantes, situación que representa una clara afectación en la salud física, emocional y familiar de estos jóvenes. En relación con la salud, en 2009, Shirom realizó una revisión bibliográfica donde destacaba nuevas rutas de investigación y desafíos inherentes a la relación entre el burnout y la salud.

En ese sentido, mencionó la ya existente evidencia de investigaciones longitudinales que establecía al burnout como predictor de futuros casos de enfermedad cardiovascular (Toppinen-Tanner, Ahola, Koskinen y Väänänen, 2009) y de otros tipos de enfermedades crónicas, como el cáncer, hipertensión y desórdenes mentales (Melamed, Shirom, Toker, Berliner y Shapira, 2006).

Y de evidencia indirecta para la asociación entre burnout y el incremento de los niveles de catecolaminas (especialmente norepinefrina), que según Raison y Miler (2003) eleva la actividad muscular y con ello se incrementa la vulnerabilidad a desórdenes del cuerpo, incluido el dolor musculoesquelético.

En relación con las conductas de salud, autores como Schwarzer, Schuz, Ziegelmann, Lippke, Luszczynska y Scholz (2007) han encontrado que las personas para distraerse de las situaciones estresantes, como el burnout, frecuentemente recurren a comportamientos como el tabaquismo, el consumo de alcohol o consumo de alimentos con alto contenido de azúcar que en principio pueden aliviar su estrés en corto plazo pero que a largo plazo llegan a deteriorar su estado de salud en el largo plazo. Estos datos adquieren gran importancia frente a poblaciones sometidas a altos niveles de estrés como los estudiantes de medicina y principalmente los internos de pregrado, que se han documentado como poblaciones especialmente vulnerables a este tipo de comportamientos no favorables para la salud.

Evidentemente, los cambios ocurridos en las áreas de trabajo derivados de la crisis económica, las nuevas tecnologías y las constantes reducciones masivas o ajustes de los puestos de trabajo, llevó a muchas personas sometidas a altos niveles de estrés a incrementar su vulnerabilidad a experimentar burnout, pero también se encontró que mientras algunos eran claramente vulnerables, otros mantenían una fuerte resistencia al mismo.

Aunque el origen del desgaste profesional tuviera que situarse en el tipo del ejercicio profesional y sus condiciones, algunos autores (Alarcon, Eschleman y Bowling, 2009; Moreno-Jiménez y cols., 2000a) alentaban a utilizar variables individuales al afirmar que estas ejercían una influencia indudable sobre los efectos del burnout.

A partir de ese momento, se hace necesario profundizar en el conocimiento de los recursos de afrontamiento de las personas que pueden mediar en la aparición de estrés, por lo que las variables de personalidad han sido el centro de muchas investigaciones para encontrar una comprensión de dicho fenómeno y así poder realizar estrategias efectivas de prevención.

Con este fin, nos hemos centrado en tres de ellas no tan solo por ser las más citadas sino porque han resultado con mayor capacidad predictiva según diversos autores y son la autoeficacia percibida (Cascio y cols., 2014; León-Rubio, Cantero y León-Pérez, 2011), el locus de control (Gan, Shanh y Zhang, 2007; Haider y Naeem, 2013) y la personalidad resistente (Alarcon, Eschleman y Bowling, 2009; Taylor, Peitrobon, Taverniers, León y Fern, 2013).

En este sentido, al tratar de explorar la relación entre la autoeficacia, locus de control, personalidad resistente, estrés y el síndrome de burnout en estudiantes de medicina de pregrado permitió encontrar que la personalidad resistente fue la que mostró mayor capacidad predictiva al encontrar mayor consistencia de asociación con las variables antecedentes, consecuencias, estrés y SBO, dato que confirma lo reportado en diversos estudios (Cascio y cols., 2014; Garrosa, Rainho, Moreno-Jiménez y João, 2010, Thomas, Reeves y Agombar, 2013), que la ubican como una variable con capacidad moderadora o de efecto protector en relación con el nivel de estrés y burnout, al encontrar que las personas con este tipo de personalidad suelen desarrollar mejores

estrategias de afrontamiento y perciben los eventos de la vida como menos estresantes.

En el caso de la variable autoeficacia percibida, aún cuando 70% de los participantes tuvieron nivel alto, está no siempre resultó significativa con las variables relacionadas con estrés y burnout pero sí conservó la dirección negativa teóricamente esperada con éstas. Una de las posibles explicaciones puede estar vinculada a los resultados encontrados por Blanco (2010) en su estudio con estudiantes universitarios, que encontró evidencia empírica a favor de las premisas informadas por la Teoría Cognitiva Social, que son: a) las creencias de autoeficacia son específicas de un ámbito de funcionamiento dado y, b) el constructo autoeficacia puede ser distinguido de otros constructos autorreferentes cuando se evalúa en relación con un dominio específico.

Evidentemente por las características de esta población en particular, se asumió la perspectiva de un sentido general de autoeficacia que permite, de acuerdo con Luszczynska, Scholz y Schwarzer (2005) explicar un amplio rango de conductas y ser útil cuando la investigación se centra en varias conductas simultáneamente, pero que alude a las percepciones sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes. Por lo anterior, se sugiere se explore nuevamente la variable para contar con otros elementos que abonen a la confirmación o no su utilidad en poblaciones como la de este estudio.

Respecto del locus de control, en todas las mediciones realizadas, siempre se encontró un nivel bajo en locus de control interno y un nivel alto en locus de control externo. Las asociaciones para *locus de control interno* con las variables relacionadas con *estrés* y *burnout*, no tuvieron la dirección teóricamente esperada (negativa) ni fueron significativas. Una posible explicación a la tendencia de locus de control externo encontrada, quizá puedan atribuirse a que los estudiantes están en una condición donde prima el deseo de ser aceptados en el equipo médico, de que el resto del personal de salud y algunos pacientes reconozcan su “investidura profesional” y de responder adecuadamente a las exigencias de sus superiores jerárquicos.

Como siempre están bajo una evaluación constante de su desempeño, posiblemente el común de estos estudiantes sea atribuir las recompensas no como algo dependientes de sus acciones sino más bien suceden por el resultado de factores externos como influencias o la suerte de los demás en este caso, los médicos de quienes están a cargo.

Aún cuando un dato importante para esta investigación fue el hecho de encontrar que la capacidad predictiva de la personalidad resistente fue superior al de la autoeficacia y locus de control, es un hallazgo que debe ser tratado con precaución, ya que representa un primer intento de explorar dichas relaciones en esta población en particular. Por lo tanto, este estudio señala la necesidad de profundizar los resultados obtenidos de tal manera que permita contar con todos los elementos necesarios para confirmar la fuerza de los hallazgos y

poder recomendar la utilización de la personalidad resistente cuando se pretenda predecir o intervenir sobre el síndrome de burnout.

Finalmente, estudios como el presente, permiten conocer la aplicabilidad y utilidad de constructos como personalidad resistente, autoeficacia y locus de control, síndrome de burnout construidos en otros países y su relevancia en nuestro medio. Por lo que es necesario continuar con estudios que aporten valores de referencia en la utilización de instrumentos de evaluación en población mexicana.

8.3. Limitaciones y sugerencias para estudios posteriores

Como ya se mencionó anteriormente, esta investigación se llevó a cabo con una muestra pequeña de estudiantes de medicina (74 participantes) con limitaciones temporales, situación que evidencia la condición que los resultados del estudio pueden tener en su generalidad para hacer afirmaciones más contundentes respecto del valor predictivo de las variables psicológicas analizadas.

Sin embargo, se cree que los resultados encontrados proporcionan elementos importantes a la comprensión del desgaste profesional, al confirmar algunas de las relaciones teóricas esperadas entre el síndrome de burnout y la personalidad resistente.

Una limitación que no fue contemplada en el estudio se debió a que en los hospitales cada seis meses reciben internos de pregrado y con ello se tuvo internos participantes con diferente tiempo (promoción) de estar realización el internado situación que hizo no comparables a los grupos en el proceso que dura el internado. Pero los diferentes cortes que se hicieron en el tiempo permitió como ganancia conocer el impacto que puede tener el proceso que pasan los individuos previo al internado, inicio, durante y conclusión del internado.

Finalmente, para confirmar nuestros resultados se sugiere medir las variables en muestras más grandes y en diversos espacios geográficos de la República Mexicana. Así como formular ante las instancias correspondientes las propuestas para incorporar en el plan de estudios la capacitación de los alumnos en los recursos de afrontamiento que caracterizan a la personalidad resistente.

Lo anterior, abona a perspectivas como la desarrollada por Taylor (2007) que plantea que las prioridades del futuro en investigación deben explorar el papel que juegan los factores relacionados con experiencias positivas, es decir, estudiar cómo es que las personas en forma espontánea reducen sus niveles de estrés, por ejemplo y cómo es que buscan oportunidades para descansar, renovarse y relajarse, información que permitirá el desarrollo de intervenciones efectivas para reducir la morbilidad o retardar la mortalidad.

REFERENCIAS

1. Aguirre, C., y Vauro, R. (2009) Autoestima y autoeficacia de los chilenos. *Ciencia y Trabajo*, 11 (32),111-116.
2. Akpochafo, G.O. (2014). Self Efficacy and some demographic variables as predictors of occupational stress among primary school teachers in Delta State of Nigeria. *Education*, 134(4), 457-464.
3. Alarcon, G., Eschleman, K.J., y Bowling, N.A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244-263.
4. Alarcon, G.M. (2011). A meta-analysis of burnout with job demands, resourcer, and attitudes. *Journal of Vocational Behavior*, 79, 549-562. doi:10.1016/j.jvb.2011.03.007
5. Amigo, I., Asensio, E., Menéndez, Redondo, S., y Ledesma, J.A. (2014). Working in direct contact with the public as a predictor of burnout in the banking sector. *Psicothema*, 26(2), 222-226.
6. Arocha, G. M.J. y Lezama, L.E. (2007). Construcción, validación y confiabilidad de un Inventario de Locus de Control Académico (ILC-A). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 2(24), 151-175.
7. Athale, N., Aldridge, A., Malcarne, V.L., Nakaji, M., Samadi, W. y Robins, S.G. (2011). Validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scale in American Sign Language. *Journal of Health Psychology*, 15(7), 1064-1074. Doi: 10.1177/1359105309360427.
8. Bandura A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Extraído el 06 de junio de 2013 desde <http://www.des.emory.edu/mfp/SE-Guide2005>.
9. Bandura A. (2002). Social Cognitive Theory in Cultural Context. *Applied Psychology: An international Review*, 51(2): 269-290.
10. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

11. Bandura, A. (1994). Self-efficacy. En: Ramachaudran, V.S. (Ed.). *Encyclopedia of Human Behavior* (vol. 4: 71-81). New York: Academic Press.
12. Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. En: Bandura, A. (2000). Exercise of Human Through Collective Efficacy. *Current Directions in Psychological Science*, 9(3), 75-78.
13. Bandura, A. (1998). Organisational Applications of Social Cognitive Theory. *Australian Journal of Management*, 13(2), 275-302.
14. Barraza M, A. (2007). Estrés académico: un estudio de la cuestión, disponible en la *Biblioteca Virtual de psicología científica.com*
15. Barraza, M.A., Ortega, M.F., y Rosales, M. R.M.M. (2010). Expectativas de autoeficacia académica en alumnos de postgrado. *CFIE-IPN*: 300-304.
16. Bartone, P.T. (2007). Test-Retest reliability of the Dispositional Resilience Scale-15, a brief Hardiness Scale. *Psychological Reports*, 101, 934-944.
17. Bartone, P.T., Roland, R.R., Picano, J.J. y Williams, T.J. (2008). Psychological Hardiness Predicts Success in US Army Special Forces Candidates. *International Journal of Selection and Assessment*, 16(1), 78-81.
18. Bäßler, J. & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general [Measuring generalized self-beliefs: A Spanish adaptation of the General Self-Efficacy scale]. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
19. Benevides, P. A.M.T., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, H.E. y González, G. J.L. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: el inventario de burnout en psicólogos. *Clínica y Salud*, 13(3), 257-283.
20. Benson, S., Sammour, T., Neuhaus, S.J., Findlay, B., y Hill, A.G. (2009). Burnout in Australasian Younger Fellows. *ANZ Journal Surgery*, 79(9), 590-7. doi: 10.1111/j.1445-2197.2009.05012.x

21. Blanco, B.A. (2010). Creencias de autoeficacia de estudiantes universitarios: un estudio empírico sobre la especificidad del constructo. *Revista ELectrónica de Investigación y Evaluación Educativa (RELIEVE)*, 16(1), 1-28.
22. Boada, J., de Diego, R., Agulló, E. y Mañas, M.A. (2005). El absentismo laboral como consecuente de variables organizacionales. *Psicothema*, 17(2), 212-218.
23. Bohórquez P, A.P. (2007). Prevalencia de depresión y ansiedad en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana (Tesis Maestría). Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Psicología.
24. Braveman, P.A., Egerter, S.A., y Mockenhaupt, R.E. (2011). Broadening the Focus. The Need to Address the Social Determinants of Health. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(1S1), S4-S18. doi: 10.1016/j.amepre.2010.10.002.
25. Brenlla, M.E., Vázquez, N. y Turchetti, P. (2010). Análisis Psicométrico de la Adaptación Argentina de la Escala de Locus de Control de Rotter. *Observatorio de la Deuda Social Argentina. Universidad Católica Argentina*, 2, 1-33.
26. Brennan, J., McGrady, A., Whearty, K., Lynch, D., Rapport, D., y Schaefer, P. (2012). Emotional status of third year medical students and their responses to a brief intervention. *Annals of Behavioral Science and Medical Education*, 18(2), 10-14.
27. Bresó, E.E. (2008). Well-being and Performance in Academic Settings: The Predicting Role of Self-Efficacy (Tesis Doctoral). España: Spanish Ministry of Science and Technology (AP2003-085).
28. Caballero, D.C.C., Abello, LL.R., y Palacios, S.J.(2007). Relación del burnout y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*, 25(2), 98-111. ISSN1794-4724
29. Cáceres B, G.G (2006). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense.

30. Camacho-Ávila, A., Juárez-García, A., y Arias G.F. (2010). Síndrome de Burnout y factores asociados en médicos estudiantes. *Ciencia & Trabajo*, 10 (35), 251-256.
31. Campos, J.A.D.B., Carlotto, M.S., y Marôco, J. (2012). Oldenburg Burnout Inventory - student version: cultural adaptation and validation into Portuguese. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(4), 709-718. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18825219010>.
32. Cartagena, M. (2008). Relación entre la autoeficacia y el rendimiento escolar y los hábitos de estudio en alumnos de secundaria. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 6(3), 59-99.
33. Cascio, M.I., Magnano, P., Elastico, S., Costantino, V., Zapparrata, V., y Battiato, A. (2014). The relationship among self-efficacy beliefs, external locus of control and work stress in public setting schoolteachers. *Open Journal of Social Science*, 2, 149-156. <http://dx.doi.org/10.4236/jss.2014.211021>.
34. Castro, N., Cortés, P., Pereira, V.G., y Lobo, da C Jr. M. (2010). Uso de drogas entre estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Nicaragua. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18, 606-612.
35. Chacón R, M. & Grau A, J.A. (2004). Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Revista Psicología y Salud*, 14(1), 67-78.
36. Chacón, R. M., Grau, A. J.A., y Reyes, M. M.C. (2012). *Prevención y control del estrés laboral y el desgaste. Guía para profesionales que trabajan con enfermos crónicos avanzados*. Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
37. Chen, J. y Wang, L. (2007). Locus of control and the three components of commitment to change. *Personality and Individuals Differences*, 42, 503-512. Doi: 10.1016/j.paid.2006.07.025.

38. Coffin C, N., Álvarez Z, M. & Marín C, A. (2011). Depresión e ideación suicida en estudiantes de la FESI: Un estudio piloto. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(4), 341-354.
39. Corredor, P.M.E. y Monroy, F.J.P. (2009). Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario. *Hacia la Promoción de la Salud*, 14(1), 109-123.
40. Corso de Zuñiga, S.M. (2012). Personalidad Resistente, Autoevaluaciones Básicas y Capital Psicológico en el Modelo de Demandas y Recursos (Tesis Doctoral). España: Universidad Autónoma de Madrid.
41. Cui, G.D. (2013). Effects of students' characteristics and locus of control on their satisfaction with online distance education experience (Tesis Doctoral). USA: faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University.
42. Cutlip, A. (2002). Influence of locus of control on court attendance (Tesis Maestría). USA: Faculty of the Louisiana State. University and Agricultural and Mechanical College.
43. De la Vega, R., Ruíz, R., Gómez, J., y Rivera, O. (2013). Hardiness in professional spanish firefighters. *Perceptual & Motor Skills: Physical Development & Measurement*, 117(2), 608-614.
44. Dobe, K. (2002). The relationship between hardiness, health locus of control, and attitudes towards complying to medical advice concerning preventive care. En: <http://www.anselm.edu/internet/psych/theses/seniors2002/dobe>.
45. Dolbier, C.L., Smith, S.E., y Steinhardt, M.A. (2007). Relationship of protective factor to Stress and Symptoms of Illness. *American Journal Health Behaviour*, 31(4), 423-433.
46. Domínguez, F. J.M., Padilla, S.I., Domínguez, F.J. y Domínguez, P.M. (2013). Tipologías comportamentales en relación con el burnout, mobbing, personalidad, autoconcepto y adaptación de conducta en trabajadores sanitarios. *Atención Primaria*, 45(4), 199-207.
47. Dorland, N.W.A. (1988). *Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina*. 29ª Edición. Madrid; Nueva York: Interamericana-McGraw-Hill.

48. Dyrbye, L.N., Massie, F.S., Eacker, A., Harper, W., Power, D.V., Durning, S., Thomas, M.R., Moutier, C., Satele, D., Sloan, J.A., Shanafelt, T.D. (2010). Relationship between Burnout and Professional Conduct and Attitudes among US Medical Students. *JAMA*, 304(11), 1173-1180.
 49. Dyrbye, L.N., Thomas, M.R., y Shanafelt, T.D. (2006). Systematic Review of Depression, Anxiety, and Other Indicator of Psychological Distress Among U.S. and Canadian Medical Students. *Academic Medicine*, 81(4), 354-373.
 50. Ede, A., Hwang, S., y Feltz, D.L. (2011). Current Directions in Self-Efficacy Research in Sport. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 6(2), 181-201. ISSN: 1886-8576.
 51. Eschleman, K.J. y Bowling, N.A. (2009).
 52. Eschleman, K.J., Bowling, N.A., y Alarcon, G.M. (2010). A Meta-Analytic Examination of Hardiness. *International Journal of Stress Management*, 17(4), 277-307.
 53. Espada, J.P., González, M.T., Orgilés, M., Carballo, J.L. y Piqueras, J.A. (2012). Validación de la Escala de Autoeficacia General con adolescentes españoles. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(1), 355-370.
 54. Estela-Villa, L.M., Jiménez-Román, C.R., Landeo-Gutiérrez, J.S., Tomateo-Torvisco, J.D., y Vega-Dienstmaier, J.M. (2010). Prevalencia de síndrome de burnout en alumnos del séptimo año de medicina de una universidad privada de Lima, Perú. *Revista Neuropsiquiatría*, 73(4), 147-156.
 55. Fajardo, S.M., Iroz, B.M., López, T.D., y Mirón, H.S. (2013). Relación entre engagement y las creencias de autoeficacia en los trabajadores. *Revista electrónica de investigación Docencia Creativa (ReiDoCrea)*, 2, 79-92.
 56. Fernández-Lansac, V., y Crespo, L.M. (2011). Resiliencia, Personalidad Resistente y Crecimiento en Cuidadores de Personas con Demencia en el Entorno Familiar: Una Revisión. *Clínica y Salud*, 22(1), 21-40.
-

57. Finney, S. y Schraw, G. (2003). Self-efficacy beliefs in college statistics courses. *Contemporary Educational Psychology*, 28, 161-186. doi:10.1016/S0361-476X(02)00015-2.
58. Freudenberger, H.J. (1975). The Staff burn-out síndrome in alternative institutions. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 12(1), 73-82.
59. Fusilier, M., y Manning, M.R. (2005). Psychosocial Predictors of Health status Revisited. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(4), 347-358. DOI: 10.1007/s10865-005-9002-y.
60. Galindo, O. y Ardila, R. (2012). Psicología y Pobreza. Papel del locus de control, la autoeficacia y la indefensión aprendida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30(2), 381-407.
61. Gálvez, H.M., Moreno-Jiménez, B. y Mingote, A. J.C. (2009). *El desgaste profesional del médico. Revisión y Guía de Buenas Prácticas*. España: Díaz de Santos.
62. Gan, Y. y Shang, J. (2007). Coping Flexibility and Locus of Control as predictors of Burnout among Chinese College Students. *Social Behavior and Personality*, 35(8), 1087-1098.
63. García-Campos, T. y García-y-Barragán, L.F. (2011). Locus de Control y Tradicionalismo en el Estado de Guanajuato, México. *Psicología Iberoamericana*, 19(1), 72-79.
64. Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y., y González, J.L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and Hardy personality in nurses: An exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 418-427.
65. Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., & Morante, Ma.E. (2005). Variables predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 199(I), 5-13.
66. Gerber, M., Kalak, N., Lemola, S., Clough, P.J., Perry, J.L., Püshe, U., Elliot, C., Holsboer-Trachsler, E. y Brand, S. (2013). Are Adolescents with mental Toughness levels more resilient against stress? *Stress and Health*, 29, 164-171. Doi: 10.1002/smi.2447.

67. Gil-Monte, P.R. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 19(2), 181-197.
68. Gil-Monte, P.R. (2011). CESQT. Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo. Manual. Madrid: TEA Ediciones. ISBN: 978-84-15262-16-9.
69. Gil-Monte, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1998). A model of burnout process development: An alternative from appraisal models of stress. *Comportamiento Organizacional e Gestão*, 4(1), 165-179.
70. Gil-Monte, P.R., y Peiró, J.M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268.
71. Gómez-López, V., Rosales-Gracia, S., Ramírez-Martínez, J., García-Galaviz, J., Peña-Maldonado, A. & Vázquez-Vázquez, A. (2009). Evaluación del impacto del internado de pregrado en la solución de problemas clínicos. *Gaceta Médica Mexicana*, 145(6), 501-504.
72. González, R. M.T., Landero, H.R. y Moral, de la R.J. (2009). Cuestionario de Burnout para amas de casa (CUBAC): evaluación de sus propiedades psicométricas y del Modelo Secuencial de Burnout. *Universitas Psychologica*, 8(2), 533-544. ISSN 1657-9267.
73. Grau, A.J., Hernández, M.E., y Vera, V.P. (2005). Estrés, salutogénesis y vulnerabilidad. En Hernández, M.,E. y Grau, A.J. (Coords.). *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*, México: Universidad de Guadalajara.
74. Grau, R., Salanova, M., y Peiró, J.M. (2001). Moderator effects of self-efficacy on occupational stress. *Psychology in Spain*, 5(1), 63-74.
75. Greig, U. D. y Fuentes, M. X. (2009). "Burnout" o Agotamiento en la Práctica Diaria de la Medicina. *Revista Chilena de Cardiología*, 28(4), 403-407.

76. Guille, C., Clark, S., Amstadter, A.B., y Sen, S. (2014). Trajectories of depressive symptoms in response to prolonged stress in medical interns. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129, 109-115. doi: 10.1111/acps.12137.
77. Haider, Z.I. y Naeem, M.M. (2013). Locus of Control in Graduation Students. *International Journal of Psychological Research*, 6(1), 15-20. ISSN electronic 2011-2079.
78. Halbesleben, J.R.B. y Demerouti, E. (2005). The construct validity of an alternative measure of burnout: investigating the English translation of the Oldenburg burnout inventory. *Work and Stress*, 19(3), 208-220.
79. Halpert, R. y Hill, R. (2011). 28 Measures of Locus of Control. University of Oxford. Disponible en: http://teachinternalcontrol.com/uploads/LOC_Measures_1_.pdf.
80. Harrisson, M., Loiselle, C.G., Duquette, A. y Semenic, S.E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 584-591.
81. Hernández S., R., Fernández-Collado., C. y Baptista L., P. (2010). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill.
82. Herrera, S. I.M., Medina, A.S., Fernández, C.T., y Cantero, S.F.J. (2013). Bases para el desarrollo de la autoeficacia en programas para la promoción de la actividad física. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 109-116.
83. Hystad, S.W., Eid, J., Johnsen, B.H., Laberg, J.C., y Bartone, P.T. (2010). Psychometric properties of the revised Norwegian dispositional resilience (hardiness) scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 237-245. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2009.00759.x
84. Hystad, S.W., Eid, J., Laberg, J.C., Johnsen, B.H. y Bartone, P.T. (2009). Academic Stress and Health: Exploring the Moderating Role of Personality Hardiness. *Scandinavian Journal of Educational Research*, vol. 53(5), 421-429.
85. Jindal, K. (2013). Effect of Hardiness and Social Support in satisfaction with life and Happiness in retired engineers. *International Journal of Advanced Research in Management and Social Sciences*, 2(12), 10-20.

86. Joffre-Velázquez, V.M., Martínez-Perales, G., García-Maldonado, G. & Sánchez-Gutiérrez de Lara, L. (2007). Depresión en estudiantes de medicina. Resultados de la aplicación del inventario de depresión de Beck en su versión de 13 ítems. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14(1), 86-93.
87. Juan, L.E. (2001). Los juicios de control sobre los agentes de salud: variable moduladora de la calidad de vida de los enfermos de cáncer de pulmón avanzado sometidos a tratamiento paliativo (Tesis Doctoral). España: Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Psicología.
88. Kalantar, J., Khedri, L., Nikbakht, A., y Motvalian, M. (2013). Effect of Psychological Hardiness Training on Mental Health of Students. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 3(3), 68-73.
89. Kardum, I. y Hudek-Knezevic, J. (2012). Relationship between five-factor personality traits and specific health-related personality dimensions. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 373-387.
90. Karvinen, K.H. y Carr, L.J. (2014). Does the perception that God controls health outcomes matter for health behaviors? *Journal of Health Psychology*, 19(4), 521-530. DOI: 10.1177/1359105312474914.
91. Kaur, J. (2011). Influence of Gender and School Climate on Psychological Hardiness among Indian Adolescents. *International Conference on Social Science and Humanity*, 5, 319-323.
92. Khaledian, M., Hasanvand, B., y Hassan, P.S. (2013). The relationship of psychological hardiness with work holism. *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, 5, 1-9.
93. Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry to hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
94. Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. In: Sanders GS, Suls J (Eds.) *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale, NJ: Elbaum.

95. Koeske, G.F. y Kirk, S.A. (1995). Direct and bufferin effects of internal locus of control among mental health professionals. *Journal of Social Service Research*, 20 (3-4): 1-28. En: Oros, L.B. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología*, 14(1):89-98. doi:10.5354/0719-0581.2005.17338.
96. Koura, A.A. y Al-Hebaishi, S.M. (2014). The relationship between Multiple Intelligences, Self-Efficacy and Academic Achievement of Saudi Gifted and Regular Intermediate Students. *Educational Research International*, 3(1): 48-70.
97. Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., y Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3): 192-207.
98. Laborín A, J.F., Vera N, J.A., Durazo S, F.F. & Parra A, E.M. (2008). Composición del locus de control en dos ciudades Latinoamericanas. *Revista Psicología desde el Caribe*, 22, 63:83.
99. Lambert, V. A. y Lambert, C.E. (2003). Psychological hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. *Nursing and Health Sciences*, 5, 181-184.
100. Lee, H.J. (1983). Analysis of a concept hardiness. *Oncology Nursing Forum*, 10(4): 32-35. En: Low, M.J. (1996). The concept of hardiness: a brief but critical commentary. *Journal of Advanced Nursing*, 24: 588-590.
101. Lee, R.T., Seo, B., Hladkyj, S., Lovell, B.L. y Schwartzmann, L. (2013). Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Human Resources for Health*, 11-48. doi:10.1186/1478-4491-11-48.
102. León-Rubio, J.M., Cantero, F.J., y León-Pérez, J.M. (2011). Diferencias del rol desempeñado por la autoeficacia en el burnout percibido por el personal universitario en función de las condiciones de trabajo. *Anales de Psicología*, 27(2), 518-526.
103. Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: Development of a new scale. En: Levenson, H. (1981).

- Differentiating among internality, powerful others, and change. *Research with the Locus of Control Construct*, 1: 15-63.
104. Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.
105. Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and change. *Research with the Locus of Control Construct*, 1: 15-63.
106. Llorente, L.; Gracia, E.; Salanova, M. y Martínez, I. (2007). Eficacia de la intervención sociocognitiva en el bienestar psicosocial y la calidad del desempeño docente. *Jornades de Foment de la Investigació. Universitat Jaume I.*, 1-7.
107. López, H.H., Pedrosa, I., Vicente, G.M.P., Suárez-Álvarez, J., Galindo, M.P., y García-Cueto, E. (2014). Multivariate analysis of burnout syndrome in Latin-American priests. *Psicothema*, 26(2), 227-234. doi: 10.7334/psicothema2013.178.
108. Low, M.J. (1996). The concept of hardiness: a brief but critical commentary. *Journal of Advanced Nursing*, 24: 588-590.
109. Luszczynska, A., Scholz, U. y Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale. Multicultural Validation Studies. *The Journal of Psychology*, 139(5): 439-457.
110. Luszczynska, A., Schwarzer, R., Lippke, S. y Mazurkiewicz, M. (2011). Self-efficacy as a moderator of the planning-behaviour relationship in interventions designed to promote physical activity. *Psychology and Health*, 26:151-166.
111. Maddi, S.R. (1998). Dispositional hardiness in health and effectiveness. En: Vera, P.B. (2004). Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva. Personalidad resistente, resiliencia y crecimiento postraumático. (online). En: <http://www.psicologia-positiva.com/resistir.pdf>.

112. Maddi, S.R. (2007). Relevance of Hardiness Assessment and Training to the Military Context. *Military Psychology*, 19(1): 61-70.
113. Maddi, S.R., Harvey, R.H., Khoshaba, D.M., Lu, J.L., Persico, M. y Brow, M. (2006). The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. *Journal of Personality*, 74(2): 575-598. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2006.00385.x
114. Mansilla, I.F. (2012). *Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica*. España: Editorial Académica Española. ISBN-13: 978-3659032493.
115. Marín, L.L. (2007). Construcción y validación de un instrumento de evaluación de locus de control aplicado a pacientes obesos que buscan tratamiento médico convencional y tratamiento quirúrgico para bajar de peso (Tesis Maestría). Chile: Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales.
116. Marsollier, R. (2011). ¿Por qué nos “quema” el trabajo? Una aproximación a factores psicosociales y organizacionales que inciden en el desgaste profesional. *Revista Psicología.com*: 15-70.
117. Martínez, P.A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Revista de Comunicación Vivat Academia*, nº 112. Madrid: Universidad Complutense. En: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
118. Maslach, C. (1976). Burned-out. En: Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). *Job Burnout. Annual Review of Psychology Journal*, 52: 397-422.
119. Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5):189-192.
120. Maslach, C., Schaufeli, W.B. y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Reviews Psychology*, 52, 397-422.
121. Mathews, L.L., y Servaty-Seib, H.L. (2007). Hardiness and Grief in a sample of bereaved college students. *Death Studies*, 31: 183-204. Doi: 10.1080/07481180601152328.

122. McCray, L., Cronholm, P., Bogner, H., Gallo, J., y Neill, R. (2008). Todos hablan del burnout, pero todavía sabemos muy poco. *Family Medicine*, 40(9), 626-632.
123. McVicar, A. (2003) Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 633–642.
124. Medina, J.L. (2009). Desarrollo de la personalidad y resiliencia. En:<http://www.cpalsj.org/wp-content/uploads/2014/08/10CPM1T2-Medina-2009-Desarrollo-personalidad-y-resiliencia.pdf>
125. Medina, M.G. y García, U. F.E. (2009). Burnout, locus de control y deportistas de alto rendimiento. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2(2): 29-42. ISSN: 1578-8423.
126. Mehrparvar, A., Moghaddam, A., Raghibi, M., Mazaheri, M., y Fatemeh, B. (2012). A comparative Study of Psychological Hardiness and Coping Strategies in Female Athlete and Non-Athlete Students. *International Research Journal of Applied and Basic Sciences*, 3(4): 817-821.
127. Millet, P. (2005). Locus of control and its relation to working life: studies from the fields of vocational rehabilitation and small firms in Sweden (Tesis Doctoral). Sweden: Department of Human Work Science, Luleå University of Technology Sweden.
128. Mingote A, JC. Y Gálvez H, M. (2011). El estrés del médico. *Más Dermatología*, 15:16-19. doi: 5538/1887-5181.2011.15.16. Recuperado el 14 de noviembre de 2012 de <http://www.masdermatologia.com/PDF/0093.pdf>
129. Moreno T, L.M.A., Villa R, A.R., Ibarra A, N., Vaquero E, E., Castillo S, M., Alvarado L, N.Y., Nájera N, L.V. & Guevara R, E.S. (2013). ¿Eres virgen? –No necesito ser virgen para estar en cirugía. La situación de las médicas internas de pregrado frente a la violencia de género. En: Pacheco L de G, L., Cayeros L, L.I., González R, F., Murillo B, A., Navarro H, M del R., Pont S, E.S. & Sandoval A, D. (Coords.) *La equidad de género en el desorden de la violencia. Nuevos y viejos escenarios*. México: Universidad Autónoma de Nayarit.

130. Moreno-Jiménez, B. y Peñacoba, P.C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simón, M.A. (Ed). *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, Métodos y Aplicaciones*. Editorial Biblioteca Nueva. España. pp 739-761.
131. Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Corso, S., Boada, M., y Rodríguez-Carvajal, R. (2012). Personalidad resistente y capital psicológico: las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. *Psicothema*, 24(1), 79-86.
132. Moreno-Jiménez, B., Morett, N.N.I., Rodríguez, M.A., y Morante, B.M.E. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18, 413-418.
133. Moreno-Jiménez, B; Garrosa, H.E. y González, G.JL. (2000a). El desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 3, 1: 18-28.
134. Moreno-Jiménez, B; Garrosa, H.E. y González, G.JL. (2000b). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
135. Moreno-Jiménez, B; Rodríguez-Muñoz, A., Garrosa, H.E., y Blanco, L.M. (2014). Development and validation of the Occupational Hardiness Questionnaire. *Psicothema*, 26 (2): 207-214. Doi: 10.7334/psicoyhema2013.49.
136. Morowatisharifabad, M.A., Mahmoodabad, S.S.M., Baghianimoghadam, M.H., y Tonekaboni, N.R. (2010). Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 30(1), 27–32. doi:10.4103/0973-3930.60009
137. Mutlu, T., Balbag, Z., y Cemrek, F. (2010). The role of self-esteem, locus of control and big five personal traits in predicting hopelessness. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 9: 1788-1792. doi:10.1016/j.sbspro.2010.12.401.

138. Nguyen, T.D., Schultz, H.C.J., y Westbrook, M.D. (2012). Psychological Hardiness in Learning and Quality of College Life of Business Students: Evidence from Vietnam. *Journal Happiness Studies*, 13: 1091-1103. Doi: 10.1007/s10902-011-9308-0.
139. NOM-234-SSA1-2003. Utilización de campos clínicos e internado de pregrado. Diario Oficial de la Federación, jueves 6 de enero 2005, primera sección 24-48.
140. Norman, P., y Bennett, P. (2001). Health locus of control. En: Conner, M. y Norman, P. (Eds). *Predicting Health Behaviour. Research and Practice with Social Cognition Models*. USA: Open University Press.
141. Oros, L.B. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. *Revista de Psicología*, 14(1):89-98. doi:10.5354/0719-0581.2005.17338.
142. Ortega, H.M.E., Ortiz, V.G.R. y Coronel, B.P.C. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17(1): 5-16.
143. Ortiz, V. G.R. y Ortega, H.M.E. (2011). Capacidad predictiva de la Adherencia al tratamiento en los Modelos Sociocognitivos de Creencias en Salud. *Psicología y Salud*, 21(1): 79-90.
144. Ortiz-Acosta, R., y Beltrán-Jiménez, B.E. (2011). Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educación Médica*, 14(1): 49-55.
145. Pajares, F. (2003). Self-efficacy beliefs, motivation, and achievement in writing: A review of the literature. *Reading and Writing Quarterly*, 19 (2), 139-159.
146. Peñacoba, C. y Moreno, J.B. (1998). El concepto de personalidad resistente. Consideraciones teóricas y repercusiones prácticas. *Boletín de Psicología*, 58:61-96.
147. Perales, A., Sogi, C. y Morales, R. (2003). Estudio comparativo de salud mental en estudiantes de medicina de dos universidades estatales peruanas. *Anales de la Facultad de Medicina*, 64(2): 239-246.

148. Quimbayo-Díaz, J.H., y Olivella-Fernández, M.C. (2013). Consumo de marihuana en estudiantes de una universidad colombiana. *Revista de Salud Pública*, 15(1), 32-43.
149. Ramírez, C.A., Medeiro, F.M., Muñoz, A.C., y Ramírez, F.G. (2012). Alcances del síndrome de Burnout en estudiantes de medicina. *Revista ANACEM*, 6(2), 110-112.
150. Reece, S.J. (2010). The relationship among stress, burnout, and locus of control of school psychologist (Tesis Doctoral). USA: Tennessee State University.
151. Remor, E., & Carrobbles, J. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7, 195-201.
152. Roca, P.M.A. (2004). La personalidad resistente, variable moduladora de la salud. *Enlace dentro de la Revista Psicología Positiva*, Vol.1(online). En: <http://saludparalavida.sld.cu/modules.php?name=News&file=article&sid=193>.
153. Rodney, V. (2000). Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping. *Journal of Advanced Nursing*, 31(1): 172-180.
154. Rotter, J. B. (1954). Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. En: Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
155. Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
156. Salanova, M. (2004). Tecnoestrés y Autoeficacia: ¿vinculando lo invulnerable? En: Salanova, M., Grau, R., Martínez, I.M., Cifre, E., Llorens, S. y García-Renedo, M. (Eds.). *Nuevos Horizontes en la Investigación sobre la Autoeficacia*. France: Universitat Jaume I.

157. Salanova, M., Llorens, S., Acosta, H. y Torrente, P. (2013). Positive Interventions in Positive Organizations. *Terapia Psicológica*, 31(1): 101-113.
158. Sánchez F, A., Flores E, R., Urbina B, R., & Lara F, N.L. (2008). Expectativas y realidades del internado médico de pregrado. Un estudio cualitativo. *Investigación en Salud*, X(1), 14-21.
159. Sanjuán, S.P., Pérez, G.A.M., y Bermúdez, M.J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(2): 509-513.
160. Santen, S., Holt, D., Kemp, J., y Hemphill, R. (2010). Burnout in medical students: examining the prevalence and associated factors. *South Medicine. Journal*, 103, 758-764.
161. Schellenberg, D.E. (2005). Coping and Psychological Hardiness and Their Relationship to Depression in Older Adults. *PCOM Psychology Dissertations*. Paper 124.
162. Schneider, W.R. (2011). The Relationship between Statistics Self-Efficacy, Statistics Anxiety, and Performance in an Introductory Graduate Statistics Course. *Graduate Theses and Dissertations*. <http://scholarcommons.usf.edu/etd/3335>.
163. Schunk, D.H. y Meece, J.L. (2005). Self-efficacy development in adolescent. *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*, 71-96.
164. Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors: The role of optimism, goals, and threats. *Journal of Health Psychology*, 4(2): 115-127.
165. Schwarzer, R. y Fuchs, R. (2001). Self-Efficacy and Health Behaviours. En: Conner, M. y Norman, P. (Eds.). *Predicting Health Behaviour. Research and Practice with Social Cognition Models*. USA: Open University Press.
166. Schwarzer, R. y Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and burnout: Mediation Analyses. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 152-171.

167. Schwenk, T.L., Davis, L., y Wimsatt, L.A. (2010). Depression, Stigma, and Suicidal Ideation in medical Students. *JAMA*, 15(304), 1181-1190.
168. Shirom, A. (2009). Epilogue: mapping future research on burnout and health. *Stress and Health*, 25, 375-380. Doi: 10.1002/smi.1284.
169. Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Shlomo, B., y Shapira, I. (2006). Burnout and Health Review: Current Knowledge and Future Research Directions. En: Hodgkinson, G.P. y Ford, J.K. (Eds.). *International Review of Industrial and Organizational Psychology 2005*, volume 20. Editorial John Wiley and Sons. ISBN- 9780470029305.
170. Sobowale K, Ning ZA, Fan J, Liu N, Sherer R. (2014). Depression and suicidal ideation in medical students in China: a call for wellness curricula. *International Journal of Medical Education*, 5, 31-36. doi: 10.5116/ijme.52e3.a465
171. Sorondo, J. y Brenlla, M.E. (2011). Locus de control y autoeficacia en emprendedores argentinos (Tesis). Argentina: Universidad Católica Argentina. Facultad de Psicología y Educación.
172. Stocks, A., April, K.A. y Lynton, N. (2012). Locus of Control and Subjective Well-Being- a cross-cultural study. *Problems and Perspectives in Management*, 10(1): 17-25.
173. Subramanian, S., y Vinothkumar, M. (2009). Hardiness Personality, Self-Esteem and Occupational Stress among IT Professionals. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34, 48-56.
174. Sullivan, G.C. (1993). Towards clarification of convergent concepts: sense of coherence, will to meaning, locus of control, learned helplessness and hardiness. *Journal of Advanced Nursing*, 18(11): 1772-1778.
175. Taylor, M.K., Pietrobon, R., Taverniers, J., Leon, M.R., y Fern, B.J. (2013). Relationship of hardiness to physical and mental health status in military men: a test of mediated effects. *Journal Behavior Medicine*, 36, 1-9. Doi: 10.1007/s10865-011-9387-8.

176. Taylor, S.E. (2007). *Psicología de la Salud*. México: McGraw Hill.
177. Tella, A., Tella, A., y Adeniyi, S.O. (2011). Locus of control, interest in schooling and self-efficacy as predictors of academic achievement among junior secondary school students in Osun State, Nigeria. *New Horizons in Education*, 59(1): 25-37.
178. Thomas, S., Reeves, C., y Agombar, J. (2013). Personality Hardiness at different levels of competitive motorcycling. *Perceptual & Motor Skills: Exercise & Sport*, 16(1): 315-321.
179. Ufarte, R. M.J. (2013). El burnout en la profesión periodística: un estudio del síndrome de estar quemado en los profesionales de la prensa escrita de Almería. *Revista Académica Hologramática*, Año VII, 17(2), 23-40. Disponible: www.uniz.edu.ar/sociales/hologramatica. ISSN 1668-5024.
180. Vaezi, S. y Fallah, N. (2011). The relationship between self-efficacy and stress among Iranian EFL Teachers. *Journal of Language Teaching and Research*, 2(5): 1168-1174. doi:10.4304/jltr.2.5.1168-1174.
181. Velásquez, F.A. (2012). Revisión Histórico-Conceptual del Concepto de Autoeficacia. *Revista Pequeño*, 2(1): 148-160.
182. Vera, J.A. y Cervantes, N.E. (2000). Locus de control en el norte de México. *Psicología y Salud*, 10(2), 237-247.
183. Vera, P.B. (2004). Resistir y rehacerse: una reconceptualización de la experiencia traumática desde la Psicología Positiva. Personalidad resistente, resiliencia y crecimiento postraumático. (online). En: <http://www.psicologia-positiva.com/resistir.pdf>.
184. Villamarín, F. y Sanz, A. (2004). Autoeficacia y Salud: Investigación Básica y Aplicaciones. En: Salanova, M., Grau, R., Martínez, I.M., Cifre, E., Llorens, S. y García-Renedo, M. (Eds.). *Nuevos Horizontes en la Investigación sobre la Autoeficacia*. France: Universitat Jaume I.
185. Vinaccia, S., Contreras, F., Restrepo, L.L.M., Cadena, J., y Anaya, J.M. (2005). Autoeficacia, Desesperanza Aprendida e Incapacidad Funcional en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(1): 129-142.

186. Wallstone, K., Malcarne, V.L., Flores, L., Hansdottir, I., Smith, C.A., Stein, M.J., Weisman, M.H. y Clements, P.J. (1999). Does God Determine Your Health? The God Locus of Health Control Scale. *Cognitive Therapy and Research*, 23(2): 131-142.
187. Zinken, K., Cradock, S. y Skinner, T. C. (2008). Analysis System for Self-Efficacy Training (ASSET). Assessing treatment fidelity of self-management interventions. *Patient Education and Counseling*, 72(2), 186-193. doi: 10.1016/j.pec.2008.04.006.

Anexo A. Instrumento de Medición

Estrés y Desgaste Profesional en Estudiantes de Medicina de Pregrado

Folio:.....

Fecha:.....



Universidad Veracruzana

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Respondiendo estos instrumentos nos ayudas a saber más sobre la utilidad de algunas variables psicológicas para afrontar situaciones estresantes como lo es el contexto académico y hospitalario. No escribas tu nombre, tus respuestas serán manejadas confidencialmente. Ninguna persona ajena a esta investigación tendrá acceso a esta información.

Contesta las preguntas en orden. Por favor, se lo más sincero(a) posible.

Gracias por tu ayuda.

Datos Generales

1. Edad: _____

2. Sexo: _____ Femenino _____ Masculino

3. Estado Civil:

Soltero/a

Casado/a

Unión Libre

Separado/a

4. Con quien vives:

Solo(a) (pensión)

Padres

Esposo(a)/Pareja

Hijo/a

5. Área de rotación:

6. Turno:

Matutino

Vespertino

Nocturno

Otro (especificar)

7. Número de horas que pasas en el hospital: _____

8. Número de personas que atiendes diariamente en el hospital: _____

9. ¿Cuál fue el área o servicio anterior a la reportada en este momento?

10. De las áreas por las que has rotado desde que iniciaste tu internado ¿cuál consideras más estresante? _____

11. ¿Cuál área te falta por cubrir? _____

CDPE-A

A continuación encontrarás una serie de cuestiones con las que podrás estar de acuerdo o no. Por favor, indica lo que piensas en relación con cada una de ellas, marcando con una cruz la casilla que mejor describa tu opinión según la siguiente escala de respuesta:

1 = totalmente en desacuerdo

2 = en desacuerdo

3 = de acuerdo

4 = totalmente de acuerdo

1.	Creo que tengo demasiadas tareas que realizar a la vez	1	2	3	4
2.	Creo que la planificación que me dan sobre el trabajo es clara	1	2	3	4
3.	Siento una sobrecarga en mi trabajo debido a la escasez de personal	1	2	3	4
4.	Me duele que los pacientes no reciban visitas de sus familiares	1	2	3	4
5.	Me afecta ver como un familiar del paciente sufre por éste	1	2	3	4
6.	La información de cómo llevar a cabo mi trabajo, por parte de mis superiores es poco clara	1	2	3	4
7.	Tengo trabajo en exceso debido a la dificultad de mis pacientes	1	2	3	4
8.	Las órdenes que se me dan son vagas y ambiguas	1	2	3	4
9.	Las órdenes que me dan mis superiores son poco sistemáticas	1	2	3	4
10.	Me afecta ver morir a un paciente con el que he pasado el proceso de la enfermedad	1	2	3	4
11.	Los médicos adscritos no te dan apoyo de verdad, temen que les quites el protagonismo	1	2	3	4
12.	Los médicos adscritos se dirigen a mí en tono autoritario	1	2	3	4
13.	Tengo que atender a demasiados pacientes	1	2	3	4
14.	Los médicos adscritos nos echan la culpa de sus propios errores	1	2	3	4
15.	Me afecta bastante la muerte de un paciente joven	1	2	3	4
16.	Los familiares de los pacientes nos culpan de lo que pasa	1	2	3	4
17.	Nadie me considera, me siento como "un/a criado/a para todo"	1	2	3	4
18.	Creo que me voy alejando emocionalmente de mis pacientes	1	2	3	4
19.	Cuando los pacientes no mejoran intento hacer mi trabajo lo más rápido posible e intento evitar el contacto con ellos	1	2	3	4
20.	En mi trabajo muchas veces me siento agotado/a física y mentalmente	1	2	3	4
21.	Intento despersonalizar al máximo el trato con los familiares de los pacientes, y si puedo evito el contacto	1	2	3	4
22.	Respecto a mis pacientes, no me implico en sus problemas; es como si no existieran	1	2	3	4
23.	Me siento quemado/a (tronado) con mi trabajo	1	2	3	4
24.	Siento que el trabajo día a día en el hospital me desgasta	1	2	3	4
25.	Siento que mi trabajo no sirve para nada	1	2	3	4
26.	Siento que mi autoestima está por los suelos	1	2	3	4
27.	Me siento quemado/a (tronado/a) después de un día de trabajo	1	2	3	4
28.	Me siento inútil	1	2	3	4
29.	Mi trabajo cotidiano me satisface y hace que me dedique totalmente a él	1	2	3	4
30.	Considero que el trabajo que realizo es de valor para la sociedad y no me importa dedicarle todos mis esfuerzos	1	2	3	4
31.	Frecuentemente siento que puedo cambiar lo que podría ocurrir mañana a través de lo que estoy haciendo hoy	1	2	3	4

32.	Aunque me esfuerce no consigo nada		1	2	3	4
33.	Realmente me preocupo y me identifico con mi trabajo		1	2	3	4
34.	Aún cuando suponga mayor esfuerzo, opto por los trabajos que suponen para mí una experiencia nueva		1	2	3	4
35.	No me esfuerzo en mi trabajo, ya que, de cualquier forma, el resultado es el mismo		1	2	3	4
36.	En la medida que puedo trato de tener nuevas experiencias en mi trabajo cotidiano		1	2	3	4
37.	En mi trabajo me atraen preferentemente las innovaciones y novedades en los procedimientos		1	2	3	4
38.	La mayoría de las veces no merece la pena que me esfuerce ya que haga lo que haga las cosas nunca me salen		1	2	3	4
39.	Aunque hagas un buen trabajo jamás alcanzarás las metas		1	2	3	4
40.	Dentro de lo posible busco situaciones nuevas y diferentes en mi ambiente de trabajo		1	2	3	4
41.	Ante una situación conflictiva me mantengo firme y peleo por lo que quiero		1	2	3	4
42.	Manifiesto mi enfado a las personas responsables del problema		1	2	3	4
43.	Si un problema me atañe personalmente tomo decisiones comprometidas		1	2	3	4
44.	Cuando tengo problemas suelo buscar a alguien a quien poder contárselos		1	2	3	4
45.	Dejo los problemas de lado tratando de tomar perspectivas de la situación		1	2	3	4
46.	Cuando tengo dificultades le cuento a alguien cómo me siento		1	2	3	4
47.	Cuando estoy en dificultades acepto la simpatía y comprensión de alguna persona		1	2	3	4
48.	Ante situaciones problemáticas, sigo adelante como si no hubiera pasado nada		1	2	3	4
49.	Cuando me enfrento a un problema rehúso pensar en él durante mucho tiempo		1	2	3	4
50.	Algunas veces, tengo ganas de cambiar de profesión		1	2	3	4
51.	Mi trabajo me vuelve irritable con la familia		1	2	3	4
52.	Mi trabajo me impone una vida familiar restringida		1	2	3	4
53.	Algunas veces, he tenido pensamientos de abandono de mis estudios		1	2	3	4
54.	He tenido deseos de abandonar la profesión		1	2	3	4
55.	Mi trabajo hace que tenga que dejar de lado otras actividades		1	2	3	4
56.	Si pudiese, si tuviera seguridad laboral y económica, cambiaría de profesión		1	2	3	4
57.	Mi profesión está afectando negativamente mis relaciones fuera del trabajo		1	2	3	4
58.	El trabajo está afectando desfavorablemente a mi salud		1	2	3	4
59.	He tenido la sensación de no encontrarme bien		1	2	3	4
60.	He tenido problemas musculares		1	2	3	4
61.	He padecido frecuentes mareos		1	2	3	4
62.	Me he sentido poco feliz o deprimido/a		1	2	3	4
63.	Me noto nervioso/a y a punto de “explotar” constantemente		1	2	3	4
64.	He tenido ansias de llorar, correr o esconderme		1	2	3	4
65.	Me siento siempre sobreexcitado/a		1	2	3	4

AEG

Lea las siguientes afirmaciones y conteste marcando con una "X", la respuesta con la que está más de acuerdo.	Incorrecto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tengo confianza en que puedo manejar eficazmente acontecimientos inesperados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LC

Lee cuidadosamente las siguientes afirmaciones e indica que tan de acuerdo o no estás con ellas, tomando en consideración que si marcas el número 1, esto indica que **estás completamente de acuerdo**. Si marcas el número 7, esto indica que estás **muy en desacuerdo** con lo que afirma la oración. El resto de los números indican diferentes grados, utilízalos para encontrar el punto adecuado para tu manera de pensar. Recuerda que debes responder **“como eres, no como te gustaría ser”**.

¿Qué tan de acuerdo estás con la manera en que las personas explican lo que les pasa?								
1.	Mi éxito dependerá de que tan agradable sea yo	1	2	3	4	5	6	7
2.	El éxito en mis estudios dependerá de que tan agradable sea yo	1	2	3	4	5	6	7
3.	Mantengo a mis amigos porque soy amigable	1	2	3	4	5	6	7
4.	Me va bien en la vida porque soy simpático(a)	1	2	3	4	5	6	7
5.	Las calificaciones que tengo se deben a mi empeño	1	2	3	4	5	6	7
6.	Estoy predestinado a mantener a mis amigos	1	2	3	4	5	6	7
7.	Tendré éxito si soy simpático(a)	1	2	3	4	5	6	7
8.	Me relaciono con la gente porque a ellos les interesa	1	2	3	4	5	6	7
9.	Lo que he logrado en mi vida ha sido porque he luchado por ello	1	2	3	4	5	6	7
10.	Lo que he logrado en mi vida ha sido porque así tenía que suceder	1	2	3	4	5	6	7
11.	El obtener un buen trabajo depende de mí tenacidad	1	2	3	4	5	6	7
12.	Conservo a mis amigos porque Dios así lo quiere	1	2	3	4	5	6	7
13.	Los éxitos que tengo se deben a que tengo buena suerte	1	2	3	4	5	6	7
14.	He hecho buenas relaciones por accidente	1	2	3	4	5	6	7
15.	Consigo lo que quiero si les agrado a los demás	1	2	3	4	5	6	7
16.	El obtener un buen trabajo depende del azar	1	2	3	4	5	6	7
17.	Me va bien en la vida porque me lo propongo	1	2	3	4	5	6	7
18.	He sacado buenas calificaciones por mi buena fortuna	1	2	3	4	5	6	7
19.	Me relaciono con la gente para quedar bien con los demás	1	2	3	4	5	6	7
20.	Soy responsable del éxito que tenga en mi escuela	1	2	3	4	5	6	7
21.	Tendré éxito si me lo propongo	1	2	3	4	5	6	7
22.	Los logros que he tenido en mi vida se deben a mi esfuerzo	1	2	3	4	5	6	7
23.	El éxito que tengo se debe a mis habilidades	1	2	3	4	5	6	7
24.	Conseguir mejores puestos de trabajo depende de mis capacidades	1	2	3	4	5	6	7
25.	El éxito que tengo se debe a mi esfuerzo	1	2	3	4	5	6	7
26.	Me tengo que sacar la lotería para tener suficiente dinero	1	2	3	4	5	6	7
27.	He tenido buenas oportunidades en la escuela por pura casualidad	1	2	3	4	5	6	7
28.	Depende de mí conseguir lo que quiero	1	2	3	4	5	6	7
29.	Mis calificaciones dependen de la voluntad de mis profesores	1	2	3	4	5	6	7
30.	Se me abren muchas puertas porque demuestro lo que sé	1	2	3	4	5	6	7
31.	Si les caigo bien a mis profesores, puedo conseguir mejores calificaciones	1	2	3	4	5	6	7
32.	Mejorará mi vida si me esfuerzo en ello	1	2	3	4	5	6	7
33.	Los éxitos que he tenido se deben a mis decisiones	1	2	3	4	5	6	7
34.	He sacado buenas calificaciones porque les caigo bien a mis maestros	1	2	3	4	5	6	7
35.	Lo que he logrado en mi vida ha sido por afortunado	1	2	3	4	5	6	7
36.	He tenido éxito por accidente	1	2	3	4	5	6	7
37.	Lo que he logrado en mi vida ha sido porque lo he buscado	1	2	3	4	5	6	7
38.	El éxito que tengo se debe a coincidencias de la vida	1	2	3	4	5	6	7
39.	Los logros que he tenido en mi vida se deben a la casualidad	1	2	3	4	5	6	7
40.	Porque soy simpático se me abren muchas puertas	1	2	3	4	5	6	7

PSS

Marca la opción que mejor se adecúe a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes.

Durante el último mes:

Nunca
Casi nunca
De vez en cuando
A menudo
Muy a menudo

1. ¿Con qué frecuencia has estado afectada(o) por algo que ocurrió inesperadamente?

2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?

3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nerviosa(o) o estresada(o) (lleno de tensión)?

4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?

5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?

6. ¿Con qué frecuencia has estado segura(o) sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?

7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?

8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar las cosas que tenías que hacer?

9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?

10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?

11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadada(o) porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?

12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que nos has terminado (pendientes de hacer)?

13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?

14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?

Anexo B. Consentimiento Informado



Universidad Veracruzana



Instituto de Investigaciones Psicológicas
Universidad Veracruzana

Proyecto de Investigación: “Autoeficacia, Personalidad Resistente, Locus de Control y Síndrome de Burnout en estudiantes de medicina que realizan internado de pregrado”

Investigador principal: Mtra. María Erika Ortega Herrera; **Supervisado por:** Dra. Godeleva Rosa Ortiz Viveros; Dr. Armando J. Martínez

Dependencia de Adscripción: Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad Veracruzana

Estimado Alumno:

Se solicita su participación en este proyecto de investigación, cuyo objetivo principal es profundizar en el conocimiento del valor predictivo de constructos psicológicos como lo es la autoeficacia percibida, locus de control y personalidad resistente que se considera pueden prevenir el desarrollo del síndrome de burnout, que es una respuesta al estrés crónico que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que en conjunto repercuten en la calidad de vida de las personas afectadas, y para la organización donde laboran en una disminución de la calidad de atención prestada.

Es posible que de su participación en este estudio no obtenga un beneficio directo. Sin embargo, estamos convencidos de que la identificación de los valores predictivos de cada constructo estudiado relacionados con el síndrome de burnout va a beneficiar a los futuros estudiantes de medicina, sea en su formación inicial o los que están próximos a insertarse formalmente en un ámbito hospitalario (internado, servicio social, residentes, etc.).

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria, y si usted decide participar, antes de responder a cada uno de los instrumentos que forman parte de la investigación antedicha, debe firmar su consentimiento informado. Posteriormente, se

le pedirá que complete una serie de instrumentos, los cuales se ha estimado que le tomará de 15 a 20 minutos de su tiempo. Estas preguntas no tienen respuestas correctas o incorrectas. Por favor conteste todas las preguntas.

Si ha aceptado participar, pero cambia de opinión más tarde, usted puede dejar de responder el cuestionario en cualquier momento, devolver los test y podrá retirarse del lugar, sin consecuencias de ninguna índole.

Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son las que dirigen esta investigación. Le reiteramos, sus respuestas siempre serán manejadas de manera confidencial y anónima; los resultados se analizarán de manera general y nunca particular, por lo que no necesita escribir su nombre en ningún cuestionario, sólo los datos que son requeridos.

Consentimiento Informado

Yo (nombre y apellidos),
he hablado con: (nombre del investigador),
quien me ha invitado a participar en la
investigación.....

.....
Me ha entregado una hoja con información del objetivo de dicha investigación. Misma que después de leerla, he podido hacer preguntas sobre el estudio al grado de quedar satisfecho(a) con las respuestas proporcionadas a mis dudas.

Se me ha explicado que mi participación consistirá únicamente en responder unos cuestionarios que el investigador me proporcionará. Y que dicha información que proporcione será manejada de manera anónima y confidencial.

Comprendo que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio cuando quiera y sin tener que dar explicaciones, sin que esto repercuta en mis actividades que realizo dentro del hospital.

Por todo lo anterior, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Xalapa, Ver., a _____ de _____ de 2013

Firma del participante

Mtra. María Erika Ortega Herrera

Investigador