

**CARACTERISTICAS Y FRECUENCIA DE APARICION DEL SINDROME
BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO COMUNMENTE
UTILIZADAS COMO RESPUESTA AL MISMO, EN EL PERSONAL DEL
CENTRO DE ATENCION A URGENCIAS EMERMEDICA**

Sandra Buitrago, Sandra Garzón.

Asesora Jazmine Gaitan de Forero

Universidad De La Sabana.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	4
MARCO TEÓRICO	5
<i>Psicología de la Salud</i>	5
<i>Síndrome de Burnout</i>	9
<i>Elementos de Burnout</i>	15
<i>Estrategias de Afrontamiento</i>	21
<i>Aspectos Epidemiológicos</i>	25
<i>Maslach Burnout Inventory</i>	27
OBJETIVO GENERAL	30
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
VARIABLES DE ESTUDIO	30
MÉTODO	32
<i>Diseño</i>	32
<i>Participantes</i>	33
<i>Instrumentos</i>	33
<i>Procedimiento</i>	35
RESULTADOS	36
DISCUSIÓN	48
REFERENCIAS	54

TABLA DE ANEXOS

ANEXO A	64
<i>Estudios realizados con el Maslach Burnout Inventory</i>	
ANEXO B	66
<i>Consentimiento informado</i>	66
<i>Cuestionario de datos personales</i>	67
<i>Maslach Burnout Inventory</i>	68
<i>Escala de evaluación de los Recursos de Afrontamiento</i>	69

Resumen

El Síndrome de Burnout es un tipo de estrés laboral que afecta fundamentalmente a los profesionales de la salud del área asistencial, como consecuencia de la naturaleza estresante de este trabajo. Esta investigación es un estudio descriptivo que busca establecer la frecuencia de aparición del Síndrome Burnout, del personal de urgencias de Emermedica, y conocer las estrategias de afrontamiento que utilizan. Para conseguir los propósitos expuestos se utilizaron los siguientes instrumentos: el Burnout Maslach Inventory (MBI, 1981) y la Escala de Evaluación de los Recursos de Afrontamiento Personal. Aplicados a 22 funcionarios, de los cuales solo el 23% de los participantes se encuentran en alto riesgo de desarrollar el síndrome y el 4% ya lo padece.

Abstract

Burnout Syndrome is a type of work-related stress that mainly affects health care professionals from the assistance area, as a consequence of the stressful nature of this job. This research is a descriptive study that pursues to establish the frequency of Burnout Syndrome present in the Emergency personnel of Emermedica, as well as to find the coping strategies that they use. In order to approach these objectives, the following instruments will be used: the Burnout Maslach Inventory (MBI, 1981); and the Resources of Personal Coping Evaluation Scale. Applied to 22 employees, of which single 23% of the participants are in high risk of developing the syndrome and 4% already suffer it.

Palabras Clave

Burnout (35060), Estrategias de afrontamiento (50150), Cansancio Emocional (16760), Despersonalización (13640), Logros Personales (00500), Estrés laboral (50170), Atribución Externa (04525), Atribución Interna (04525).

Características Y Frecuencia De Aparición Del Síndrome Burnout Y Estrategias De Afrontamiento Comúnmente Utilizadas Como Respuesta Al Mismo, En El Personal De Emermedica

La psicología de la salud es una especialidad joven y vigorosa de la psicología que representa un punto de enlace estratégico entre psicología y medicina. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) define la salud como: "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". La afirmación expuesta subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. Así entonces, el bienestar y la prevención son parte del sistema de valores y continuamente invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol. Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física, denomina integración mente y cuerpo (Godoy, 1999).

El estudio de la intersección mente y cuerpo, la comprensión y su valoración constituyen el campo de la psicobiología. Las emociones, la conciencia corporal, el estrés y la angustia son conceptos psicobiológicos que se aplican a casi todos los trastornos y enfermedades (Godoy 1999). En términos generales se puede decir que el objetivo de la Psicología de la Salud es estudiar la carencia de enfermedad para prevenir la enfermedad, utilizando un modelo biopsicosocial con el cual dirige sus acciones hacia la intervención terapéutica y la investigación (Hernández Zubieta, 2002).

Teniendo en cuenta que la Psicología de la Salud se contextualiza dentro de un modelo integral que se orienta a tres aspectos fundamentales: el primero, la búsqueda de la salud física y mental; el segundo la promoción de la salud y la prevención de la

enfermedad y el tercero, el trabajo a nivel individual y comunitario debido a que el mantenimiento de la salud depende no solo de las características personales de los individuos, sino también de la estructura de su ambiente laboral (físico, social y organizativo) (Hernández Zubieta, 2002).

El presente estudio por lo tanto está enmarcado en el área de la psicología de la Salud ya que tiene en cuenta los múltiples factores físicos, emocionales, cognoscitivos, afectivos y sociales; que de alguna manera inciden en el personal de la salud, tanto profesional como voluntario que trabaja frecuentemente con personas que experimentan graves traumas y crisis personales; como es el caso del personal de “Emermedica” institución de atención a urgencias en Colombia, que puede estar expuesto a sobrecargas traumáticas como el síndrome de agotamiento profesional (Burnout), debido a la naturaleza de su trabajo diario (Urgencias médicas). Por la razón expuesta es esencial considerar algunos aspectos como la concepción, organización y el funcionamiento de este tipo de entidades, ya que pueden incidir en el desempeño del personal, en la calidad del servicio y en las relaciones interpersonales que bajo determinadas circunstancias pueden dar origen a este síndrome, no sin dejar de lado la salud física de los funcionarios.

Las entidades catalogadas como “urgencias médicas” son todas aquellas que ponen en peligro inmediato la vida o que puedan redundar permanentemente en la calidad de vida del paciente. “Son escasas las instituciones que se le asemejan por el trabajo permanente y esforzado durante las 24 horas del día, todos los días del año, son actividades inesperadas día a día y donde las situaciones de emergencia con frecuencia conllevan un gran riesgo” (Malagón, Galán y Pontón, 1999)

En la atención de urgencias, cualesquiera que sea el nivel de atención médica al que corresponda, se observan 3 elementos importantes que se intercalan desde el inicio hasta el final del proceso de atención: por una parte, el actor principal, el paciente, acompañado generalmente de algún familiar, amigo o vecino; por otra, la institución que los recibe y por la otra, actores secundarios del proceso, pero no por eso sin importancia, médicos enfermeras y otros profesionales técnicos. En la interacción pragmática de estos 3 elementos radica el principal factor que posibilita la verdadera calidad de la atención (Pérez, A, 1999).

A su vez, en la calidad de la atención médica se aprecian 3 componentes de extraordinaria importancia: una dimensión técnica (obligada competencia profesional), una dimensión interpersonal (interacción afectiva comunicativa) y un entorno ambiental (comodidad); cuya interacción armoniosa permitirá responder cabalmente a las expectativas de pacientes y familiares.

Tal es el caso de Emermedica como empresa de vanguardia a nivel nacional, que ha formulado como su misión institucional “preservar la vida de sus afiliados, prestando la mejor asistencia en salud en casos de emergencia, urgencia y visita medica prehospitalaria en la ciudad de Bogotá, entregándoles con oportunidad y eficiencia lo mejor de su talento humano a bordo de las unidades móviles de terapia intensiva, brindándoles tranquilidad en aquellos momentos en los que su salud requiere de protección”.

Estimulando el desarrollo personal y profesional de sus colaboradores, generando crecimiento económico y social, teniendo en cuenta los principios y valores que rigen la organización como lo son : profesionalismo, humanismo, reconocimiento, respeto hacia los demás, honestidad, prosperidad para todos y el mejor servicio.

En este orden de ideas, los aspectos estresantes en la atención médica pueden considerarse bajo las siguientes premisas: en primer lugar las formas específicas generalmente encontradas en algunas enfermedades; en segundo lugar, las labores desarrolladas por los trabajadores de la salud; y, en último, las clases de relación que se establecen entre trabajador y paciente. Los puntos críticos del trabajo con personas en desgracia son las experiencias vividas ante el trauma, la muerte, el desfiguramiento, la vida en peligro y, en algunos casos el conflicto moral que suscita su cuidado (Consejo Colombiano de Seguridad).

La importancia del Burnout esta relacionada con la salud y es apoyada por la clasificación nacional de enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su décima revisión en el capítulo 11 que hace referencia a los “factores que afectan al estado de salud”, incluye un código para el “Burnout”, dentro del apartado referido a los problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida. (Granado, Labat, Madruga, Herrero, Fernández, Nieto, Arce Herrero, 1991)

Debido a la amplia conceptualización y diversidad de síntomas el Burnout es un síndrome muy complejo que surge en algunos profesionales como resultado de un proceso en el que influyen factores de tipo personal y ambiental. De aquí es entonces de donde parte la importancia que tiene atender oportunamente los signos de advertencia que indiquen la presencia de Burnout en personal de salud, y evitar de esta manera que se ponga en peligro no solo la vida de los pacientes que se atienden sino la salud física y mental del o los funcionarios que la lleguen a desarrollar.

Entre los principales factores que intervienen en el síndrome de “quemarse” por el trabajo (Burnout) que padece el profesional, son el bajo nivel de experiencia

profesional, la cantidad de horas de trabajo, los turnos rotatorios y el tipo de enfermo que se atiende.

En el ámbito laboral sanitario, las principales fuentes de Burnout que más se detectan en relación al desempeño del rol profesional son los siguientes: cuidados de los pacientes, ambigüedad de roles, conflictos de grupo, sobrecarga de trabajo, falta de autonomía, relación con los compañeros, relación con los superiores y el trato con los familiares de los pacientes. (Hernández Zubieta, 2002)

El término *Burnout* hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando ésta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores), (Oliver C, Pastor JC, Aragoneses A, Moreno B, 1990) y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis. El término Burnout es descrito originalmente en 1974 por Freudenberger aunque es principalmente con los estudios, de Maslach y Jackson, cuando realmente adquiere verdadera importancia el estudio de este síndrome. (Atance J., 1995).

De lo anterior se deduce que hace poco más de veinte años que se comenzó a investigar sobre el constructo Burnout, habiéndose registrado un desarrollo considerable de la investigación al respecto. Gillespie (1980) reflejaba la necesidad urgente de incrementar el conocimiento del síndrome por los altos costos que supone a nivel individual y organizacional, razón por la cual Burke (1992) señalara que el interés por la experiencia de Burnout psicológico en los contextos organizacionales siga creciendo. Así, mientras Roberts (1986) cifraba en más de 300 las referencias sobre Burnout en el periodo 1980-85, Garcés de Los Fayos, Teruel y García Montalvo (1993) la incrementan

en más de 1000, siendo el ámbito organizacional sobre el que versan la mayoría de trabajos (más del 97% de los mismos); incluso, Kleiber y Enzman (1990) ya habían citado por encima de las 2500 referencias, sólo en el periodo comprendido entre 1974 y 1989. No es extraño, por tanto, que García Izquierdo (1991a) señale que el Burnout es un problema característico de los trabajos de "servicios humanos", es decir de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el "cliente": médicos, profesores, enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, policías, etc. Una de las características propias del síndrome es el "desgaste emocional" que dicha interacción va produciendo en el trabajador. Y puesto que se parte de una situación estresante, la mayoría de autores verán en el Burnout un sinónimo de estrés ocupacional, cerrándose la posibilidad a comprender el síndrome en otros contextos, si bien algunos autores (Seidman y Zager, 1986; Kushnir y Melamed, 1992) ya indicaron que el Burnout no tenía que ser necesariamente producto del estrés ocupacional.

En este sentido, Walker (1986) ha valorado cual ha sido el recorrido teórico del constructo y observa que el síndrome descrito por Maslach (1976) continuó con la concepción del mismo como una enfermedad importante (McGuire, 1979) y acabó como enfermedad ocupacional (Spence, 1981). Sin embargo Walker (1986), acepta el inicio del estudio del Burnout en ciencias sociales a cargo de Freudenberg (1974, 1975), y matiza que anteriormente Graham Greene (1960) ya había utilizado el término Burnout para describir el estado de "vaciamiento existencial" que una persona sentía como consecuencia del padecimiento de una enfermedad incurable.

Este dato no supone una mera constatación histórica, sino la constatación de la amplitud teórica del concepto que se pretende investigar. No se debe olvidar que en los años 60 se había utilizado el término para referirse a los efectos que provocaba en la

persona el abuso crónico de las drogas (Söderfeldt, Söderfeldt y Warg, 1995). De hecho, aceptando que una persona pueda sufrir Burnout sin la presencia de unos antecedentes organizacionales, estamos aceptando que, en principio, cualquier individuo sea cual sea su situación personal y organizacional podría verse afectado por este problema. De hecho, Starrin, Larsson y Styrborn (1990) indican que en los años sesenta el término Burnout se había utilizado para describir los efectos crónicos del abuso de drogas, hasta que Freudenberger (1974) le da la nueva connotación al constructo; el aspecto descrito indicaría que el síndrome podría ser un factor de riesgo importante en el abuso de sustancias psicoactivas, dato de gran relevancia para tal delicado fenómeno.

Por otra parte, una connotación que está ligada a la condición psicoanalítica de Freudenberger y su pretensión de caracterizar al Burnout como un nuevo síndrome clínico (Smith y Nelson, 1983a; Grebert, 1992). Sin embargo, esto no debe hacer caer en el uso indiscriminado del término Burnout para describir diferentes problemas relacionados con el trabajo o con cualquier otro contexto (Maslach, 1982).

Lógicamente, aceptar la apertura en la concepción del concepto conlleva el riesgo de destruir su utilidad, pero también es cierto que el interés en su investigación proviene del hecho de tratarse de un problema social antes que de una cuestión teórica (Maslach y Jackson, 1984).

Después de realizada la revisión teórica de la evolución del concepto de síndrome de Burnout se busca ahondar en diversos aspectos conceptuales y metodológicos relacionados con el tema en estudio, intentando aclarar, en la medida de lo posible, el constructo que se está analizando. Como punto de partida se toma la afirmación que realizan Burke y Richardsen (1991) en su amplia revisión, y que muestra la complejidad del constructo: *"existe un acuerdo general en que el Burnout ocurre a un*

nivel individual, es una experiencia psicológica interna envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, y es una experiencia negativa que da lugar a problemas de distrés y discomfort".

Uno de los temas fundamentales tratados en el estudio del Burnout ha sido su definición, así como diferentes aportaciones conceptuales a la comprensión del Burnout que se han presentado y se siguen presentando con diferentes obstáculos por la dificultad de conceptualizar un proceso complejo como es este síndrome, así como porque su similitud, cuando no igualdad, con el concepto estrés aplicado a las organizaciones (estrés laboral) ha supuesto cuestionar continuamente el constructo. Starrin, Larsson y Styrborn (1990) señalan que un aspecto importante del Burnout es que instintivamente todos saben lo que es, aunque la mayoría puedan ignorar su definición; así el discernimiento en la literatura sobre el síndrome acerca de su definición tiene que ver con la discusión sobre el papel que tiene la sociedad y las condiciones sociales que producen este fenómeno. Los mencionados autores parten de que el Burnout afecta de forma individual a una sociedad abstracta. Con un planteamiento más radical, Grebert (1992) citado por Garcés de los Fayos, entiende el Burnout *"como una construcción cultural que permite a los profesionales de la relación de ayuda manifestar cuáles son sus sufrimientos y dificultades"*, llegando a conceptualizarlo como un planteamiento defensivo o una justificación de la profesión.

En el inicio Freudenberger (1974) describe el Burnout como una *"sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador"*, y sitúa las emociones y sentimientos negativos producidos por el Burnout en el contexto laboral, ya que es éste el que puede provocar dichas reacciones. El autor afirmaba que el

Burnout era el síndrome que ocasionaba la "adicción al trabajo" (entendiéndola, según Machlowitz (1980), como *"un estado de total devoción a su ocupación, por lo que su tiempo es dedicado a servir a este propósito"*), que provocaba un desequilibrio productivo y, como consecuencia, las reacciones emocionales propias de la estimulación laboral aversiva.

Pines y Kafry (1978) definen el Burnout *"como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal"* que posteriormente tendría un desarrollo más completo (Pines, Aronson y Kafry, 1981) y que influiría en los planteamientos teóricos de diversos autores. Posteriormente, Dale (1979) es uno de los que inician la concepción teórica del Burnout entendiéndolo como consecuencia del estrés laboral y con la que mantiene que el síndrome podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo. Freudenberger (1980) aporta otros términos a la definición, así ya habla de un "vaciamiento de sí mismo" que viene provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales tras el esfuerzo excesivo por alcanzar una determinada expectativa no realista que, o bien ha sido impuesta por él, o bien por los valores propios de la sociedad. El trabajo como detonante fundamental del Burnout va a ser básico en todas las definiciones posteriores. Cherniss (1980a) es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del Burnout y lo define como *"cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas"*. El mismo autor precisa que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos:

- Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés).

- Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión)
- Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Con esta conceptualización, el autor será uno de los defensores iniciales de la importancia de las estrategias de afrontamiento como mediadoras en el proceso que conduce al trastorno.

Otros autores que aportan una definición de Burnout en esta misma línea son Edelwich y Brodsky (1980), que lo definen "*como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo*". Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con Burnout:

1.-Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.

2.-Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.

3.-Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo central del síndrome.

4.-Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

En esta misma época, Gillespie (1980) intenta resolver la ambigüedad definicional, que según el autor existe, clasifica al Burnout según dos tipos claramente diferenciados: Burnout activo, que se caracterizaría por el mantenimiento de una

conducta asertiva, y Burnout pasivo en el que predominarían los sentimientos de retirada y apatía. El activo tendría que ver, fundamentalmente, con factores organizacionales o elementos externos a la profesión, mientras que el pasivo se relacionaría con factores internos psicosociales. El autor abre, de esta forma, la posibilidad de la existencia de varias manifestaciones del Burnout que, posteriormente, otros autores retomarían para intentar explicar la complejidad del síndrome.

En 1981, Maslach y Jackson entienden que el Burnout se configura como *"un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal"*.

Los elementos que se revelan como más característicos son el **cansancio emocional**, (C.E) caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga etc.; la **despersonalización** (DP) manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo; y la incompetencia personal (falta de **realización personal**) (FRP) con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo (Posig M., Kickul J., 2003).

En el mismo periodo de tiempo, Pines, Aronson y Kafry (1981) definen el Burnout como *"un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente"*. Esta definición, que también tiene un soporte empírico dará lugar, al igual que en el caso de Maslach y Jackson (1981), a un inventario para la evaluación del síndrome, aunque presenta la ventaja de no circunscribir exclusivamente el Burnout en el contexto organizacional. Introducen el término "tedium" para diferenciar dos estados psicológicos de presión diferentes. Para ellos Burnout sería resultado de la repetición de

la presión emocional, mientras que tedium sería consecuencia de una presión crónica a nivel físico, emocional y mental. El constructo tedium, por tanto, sería más amplio que el de Burnout. En concreto, Pines y Kafry (1978) habían planteado que el tedium *"se caracteriza por sentimientos de depresión, vaciamiento emocional y físico y una actitud negativa hacia la vida, el ambiente y hacia sí mismo, y ocurriría como resultado de un evento vital traumático súbito y abrupto, o como resultado de un proceso lento y gradual"*. Como puede comprobarse el tedium no sólo es un constructo más amplio, sino que además trasciende al ámbito organizacional y permite la posibilidad de aparición del síndrome ante cualquier evento o proceso suficientemente aversivo que cumpla la anterior caracterización.

De otra parte, Burnout, según estos mismos autores, sería el síndrome que padecerían los profesionales de los trabajos relacionados con servicios humanos, mientras que tedium quedaría para describir a las demás profesiones. La relevancia de esta diferenciación radica en que es la primera vez que el Burnout no se circunscribe a unos determinados trabajos, sino que se amplía aunque, como indican Maslach y Jackson (1984), las profesiones de "ayuda humana" han sido el origen del estudio acerca del Burnout y, por tanto, las que más investigaciones han generado y donde más resultados se han ofrecido para la explicación del síndrome. A pesar de todo el desarrollo teórico, Pines (1981), Burke y Richarsen (1991) no aprecian la diferenciación entre Burnout y tedium, ya que para estos autores ambos conceptos son idénticos en términos de definición y sintomatología.

A partir de estas dos definiciones no surgen ya prácticamente conceptualizaciones teóricas originales del Burnout, pasándose a un intento de

comprensión del síndrome mediante los resultados obtenidos en diversas investigaciones, que posteriormente serán descritas.

Emener, Luck y Gohs (1982) indican que todas las definiciones que se habían aportado de Burnout hasta ese momento lo que hacían era describir el "síndrome del carbonizado", como ellos denominan a los individuos que padecen este problema. De ahí, que en la actualidad una traducción libre de Burnout sea la de "quemado", cuando realmente lo que se está reflejando es una situación cualitativamente más grave ("carbonizado"). Estos mismos autores plantean que Burnout tal vez pueda ser descrito como el estado mental y físico resultante de los efectos de debilitamiento experimentados por sensaciones negativas prolongadas, relacionadas con el trabajo y el valor que le merece al empleado el "cara a cara" del trabajo y de los compañeros.

Posteriormente, Martin (1982) sugiere que *"el Burnout refleja una respuesta al estrés y secundariamente a la depresión como síndrome específico"*, abriendo la reflexión sobre la íntima relación que puede existir entre Burnout y depresión, lo que supone un nuevo problema conceptual puesto que ya no es sólo la similitud entre los constructos Burnout y estrés, sino también con depresión.

Perlman y Hartman (1982), compilando las diversas conceptualizaciones utilizadas hasta ese año para definir Burnout, encuentran los siguientes tópicos: fracasar y estar agotado, respuesta a un estrés crónico, y síndrome con actitudes inapropiadas hacia los clientes y hacia sí mismo, asociado con síntomas físicos y emocionales, todo ello provocado por una estimulación negativa del trabajo y la organización hacia la persona que desempeña su labor profesional.

Elliot y Smith (1984), partiendo de que el Burnout podría ser un rasgo de personalidad, entienden que en el proceso del síndrome hay que buscar el equilibrio que

se ha perdido, planteando que puesto que la reconocimiento del cambio es la fórmula para afrontar el Burnout, habrá que partir de la siguiente ecuación:

Susceptibilidad Individual + Sobrecarga = Burnout.

Farber (1984) define el Burnout como "*manifestaciones conductuales de agotamiento emocional y físico derivadas de eventos situacionales estresantes por no encontrar las estrategias de afrontamiento efectivas*", continuando con los planteamientos establecidos hasta ese momento, pero añadiendo un aspecto importante para la comprensión del síndrome: las estrategias de afrontamiento inadecuadas actuarían como mediadoras entre los eventos estresantes y las manifestaciones de agotamiento emocional y físico.

Haciendo especial hincapié en los trabajos de "servicios humanos", Shinn, Rosario, March y Chestnut (1984) entienden el Burnout como "*tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de servicios humanos*", asentándose cada vez más el estrés laboral como antecedente necesario para la aparición del síndrome. Desde este mismo planteamiento, Nagy (1985) señala que el Burnout "*describe un gran número de manifestaciones psicológicas y físicas evidenciadas en trabajadores empleados en profesiones consideradas de interacción humana*", añadiendo que Burnout y estrés podrían ser conceptos similares y que Burnout sería un tipo específico de estrés. Grantham (1985), desde una perspectiva puramente psiquiátrica, entiende que los factores estresantes del Burnout no son siempre claramente identificables; sí, en cambio, los relacionados con problemas de personalidad, depresión y ansiedad. Partiendo de estas premisas, plantea la siguiente categoría diagnóstica del Burnout: Eliminar la presencia de una identidad biológica, eliminar la posible existencia de otro síndrome psicopatológico, reconceptualizar el síndrome como una entidad englobada en

"problemas de adaptación". Para el autor, por tanto, el Burnout es un síndrome de adaptación que tendría unas características que lo diferenciaría de otros síndromes.

Walker (1986), que había señalado que el Burnout *"se caracteriza por la existencia de determinadas respuestas a un prolongado, inevitable y excesivo estrés en situaciones de trabajo"*, dejaba abierta la posibilidad de que el síndrome pueda ser experimentado por cualquier trabajador, independientemente de su contexto laboral específico.

Poco después Shirom (1989), plantea que *"el Burnout es consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, con lo que al descender los recursos personales aumenta el síndrome"*, retomando la variable afrontamiento como determinante en la comprensión del Burnout.

Hiscott y Connop (1990) lo entienden como *"un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo"*. De hecho, a partir de finales de la década de los ochenta es cuando la definición de Maslach y Jackson (1981) reaparece con mucha más fuerza, desequilibrando las preferencias que los diversos autores repartían entre ésta y la definición de Pines (1981). Por otra parte, el estrés ocupacional adquiere el papel fundamental que en los años ochenta ya se había manifestado. Así, Greenglass, Burke y Ondrack (1990), tras diferenciar estrés vital (concepto general que se refiere al estrés acumulado por los cambios vitales en el hogar y/o en el trabajo) y estrés laboral (que se refiere al estrés específico generado en el trabajo o por los factores relacionados con el mismo), encuadra el Burnout en este último.

Sin embargo, Starrin, Larsson y Styrborn (1990) matizan que mientras el estrés puede ser experimentado positiva o negativamente por el individuo, el Burnout es un fenómeno exclusivamente negativo. De ahí que algunos autores planteen la relación

entre ambos constructos en el sentido de que el Burnout podría ser similar a un estrés negativo. Oliver, Pastor, Aragonese y Moreno (1990) igualan Burnout a estrés laboral asistencial, volviendo estos autores a circunscribirse en profesiones con determinadas interacciones humanas. También García Izquierdo (1991a y b) señala el Burnout como característico de profesiones de "servicios humanos", y lo entiende como consecuencia de un prolongado y creciente estrés laboral y, por tanto, sería equiparable a la tensión que un individuo siente como consecuencia de las demandas físicas y psicológicas que el propio puesto de trabajo genera, o como resultado de un desajuste entre el trabajador y su entorno laboral. Moreno, Oliver y Aragonese (1991) lo definen como *"un tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo"*.

Muy similar a esta definición se encuentra la de Ganster y Schanbroeck (1991): *"el Burnout es de hecho un tipo de estrés, una respuesta afectiva crónica como consecuencia de condiciones estresantes del trabajo que se dan en profesiones con altos niveles de contacto personal"*. Esta respuesta podría estar relacionada con las estrategias de afrontamiento de la persona, según Leiter (1991b). El autor considera el Burnout como una función del patrón de afrontamiento del individuo, que está condicionado por las demandas organizacionales y los recursos exigidos. El síndrome incluiría una interacción compleja de factores cognoscitivos con respecto a las atribuciones causales concernientes al trabajo y a las aspiraciones de progreso profesional. En esta misma línea, Kushnir y Melamed (1992) lo definen como *"el vaciamiento crónico de los recursos de afrontamiento, como consecuencia de la prolongada exposición a las demandas de cargas emocionales"*, con lo que se va asentando una corriente de estudios que enlazan Burnout y estrategias de afrontamiento.

Demostrando que el ser humano para enfrentar las situaciones de estrés que puede presentar, cuenta con un conjunto de estrategias individuales y ambientales entre las cuales se pueden encontrar según Lazarus y Folkman (1986) citados por Hernández (2002) la salud, las creencias positivas, la capacidad para resolver problemas, las habilidades sociales, el apoyo social y los recursos materiales entre otros; llamados comúnmente estilos de afrontamiento, que según Lazarus y Folkman, 1984 pueden definirse como esfuerzos cognoscitivos y conductuales realizados para manejar el estrés psicológico o las demandas externas/internas que son evaluadas como algo que excede los recursos propios de la persona. Ellos plantean el afrontamiento como un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

En este contexto y desde el modelo de Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984), la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que la persona realiza, primero sobre las consecuencias que la situación tiene para el mismo (valoración primaria) y posteriormente, si el saldo de la valoración es de amenaza o desafío, el sujeto valora los recursos de que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación (valoración secundaria). La valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento ("coping"), siendo éste un proceso psicológico que se pone en marcha cuando el entorno se manifiesta amenazante.

Según Holroyd y Lazarus (1982) y Vogel (1985) las estrategias de afrontamiento antes que la naturaleza de los estresores pueden determinar si un individuo experimenta

o no estrés. Las estrategias de afrontamiento pueden ser según Girdano y Everly (1986) adaptativas o inadaptativas, las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo (Everly, 1979).

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina o por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. Es preciso, por tanto, diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. "Los *estilos de afrontamiento* se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las *estrategias de afrontamiento* son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" (Fernández-Abascal, 1997, p.190).

El afrontamiento puede ir dirigido a la emoción, este se presenta cuando la persona evalúa la situación como algo inmanejable frente a lo cual no puede hacer nada para modificar las consecuencias desagradables y es aquí donde se presenta la evitación, la minimización, la atención selectiva, el distanciamiento las comparaciones positivas, extracción de valores positivos de los negativos tratando de modificar la manera de vivir la situación como mecanismo para conservar las expectativas de éxito y optimismo. (Lazarus y Folkman, 1986 citados por Guevara, González, Rodrigues, Gutiérrez 1996)

Así pues, el síndrome de Burnout debe entenderse como una respuesta al estrés laboral que aparece cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el

sujeto. Si bien no se ha estudiado esta variable en profundidad, parece que la utilización de estrategias de afrontamiento poco adaptativas pueden derivar en la aparición del síndrome, tratándose fundamentalmente de insatisfacción en el equilibrio social, en la valoración personal, en la comunicación, en la flexibilidad, en la capacidad de decisión y participación, en la carga laboral y en la capacidad de autonomía, así mismo la falta de expectativas de promoción, realización personal etc., lo que da lugar a un sentimiento generalizado de completa frustración. Es así como las personas que trabajan en el ambiente de urgencias, en su relación con pacientes graves, médicos, enfermeras y personal en general, se pueden ver afectados por este síndrome, como una claudicación frente a estrés, consecuencia del fracaso de las estrategias de afrontamiento, y este va a afectar tanto su bienestar físico como social (Florez Lozano, J.A., 1994).

Entre otras consecuencias de este síndrome se describen alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteraciones leves de la vida familiar. Además se justificaría el alto nivel de absentismo laboral entre estos profesionales, tanto por problemas de salud física como psicológica, siendo frecuente la aparición de situaciones depresivas hasta la automedicación, ingesta de psicofármacos y aumento del consumo de tóxicos, alcohol y otras drogas. (Atance J., 1995).

En suma, del recorrido realizado hasta aquí se puede consensuar varios aspectos que ayuden a delimitar el concepto de Burnout y, por tanto, a comprenderlo mejor:

Parece claro que el Burnout será consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos serán de carácter laboral,

fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del Burnout.

Es necesaria la presencia de unas "interacciones humanas" trabajador-cliente, intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca. En este sentido, se conceptualiza el Burnout como un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina (Arthur, 1990; Ayuso y López, 1993) y que se va "instaurando" en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.

No hay acuerdo unánime en igualar los términos Burnout y estrés laboral, pero sí cierto consenso en asumir la similitud de ambos conceptos; sin embargo, definiciones como la de Freudenberger (1974), Maslach y Jackson (1981) o Pines, Aronson y Kafry (1981) parecen indicar que existen matices que les hace difícilmente iguales. De hecho, recientemente Singh, Goolsby y Rhoads (1994) concluían que Burnout y estrés laboral son constructos claramente diferentes.

Tras la definición de Freudenberger (1974), en la que planteaba una "existencia gastada", y tras las aportaciones de Maslach y Jackson (1981) con la tridimensionalidad del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal, o las que hacen Pines (1981) con el triple agotamiento: emocional, mental y físico, pocas han sido las aportaciones originales a la definición del Burnout, girando todas las aportadas sobre estas tres, incluyendo matices propios del contexto en el que se iban desarrollando las investigaciones y no alterando sustancialmente las originales.

Por último, aunque algunos autores han señalado la falta de consenso a la hora de dar una definición de Burnout, el hecho de que el Maslach Burnout Inventory, planteamiento empírico que justifica la definición de Maslach y Jackson (1981), haya

sido utilizado de forma casi unánime por los distintos autores para la realización de sus investigaciones, hace pensar que sí existe cierto consenso en afirmar que la conceptualización más aceptada de Burnout es la que ofrecen estas autoras.

Entre los aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout descritos en la literatura no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores si bien existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables. **La edad** aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la practica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas. Según el **sexo** sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la practica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer (Atance J., 1995).

El **estado civil**, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos

hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser mas realistas con la ayuda del apoyo familiar. (Moreno y Peñacoba, 1999).

El **horario laboral** de estos profesionales puede conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor. (Atance J., 1995). Sobre la antigüedad profesional tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome, Naisberg y Fenning (citados por Atance J., 1995) encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serian los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes.

Es conocida la relación entre Burnout y la denominada **sobrecarga laboral** en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad en la prestación de los servicios ofrecidos por estos trabajadores, en términos tanto cualitativos como cuantitativos. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout. (Atance J., 1995).

Un planteamiento absolutamente necesario en la investigación acerca de un determinado constructo es la posibilidad de encontrar un instrumento de medida que

empíricamente ayude a describir los diferentes aspectos conceptuales asociados. El Burnout no es ajeno a esta premisa e, incluso, dada su dificultad de comprensión muestra una mayor necesidad de un instrumento de medición válido y fiable. En este sentido, han sido varios los intentos por desarrollar inventarios que evalúen los aspectos relacionados con el síndrome, dándose la circunstancia de que a veces la definición de la que parten los autores conducen a la construcción del instrumento, mientras que en otras ocasiones el proceso es a la inversa, lo que conlleva interpretaciones muy diversas acerca de cada uno de ellos. En unos casos se percibe conceptualmente el síndrome y los ítems se elaboran de acuerdo a esta concepción; mientras que en otros, los autores, habiendo creado determinados ítems que se suponen miden la sensación de estar quemado, dotan de significado la definición que aparece como consecuencia del comportamiento de los mismos ítems (Maslach y Jackson, 1981)

Otro planteamiento relevante en cuanto a la construcción de un instrumento es que pueda ser utilizado en diversos contextos laborales e, idealmente, en países diferentes, con lo que la riqueza de las conclusiones de cada instrumento mejora considerablemente. Estos aspectos los cumple sobradamente el Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981) al haber sido ampliamente utilizado, hasta el punto de que el resto de instrumentos apenas han tenido un desarrollo significativo en la literatura científica. Valga como ejemplo los resultados que muestran la Tabla 1 (Véase Apéndice A), donde se destacan algunos de los estudios sobre Burnout realizados con el MBI, la muestra, profesión utilizadas y el año en que se efectuó.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981) es un inventario de 22 ítems (véase Metodología), en los que se plantea al sujeto una serie de

enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos en relación a diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. El encuestado debe contestar a cada enunciado a partir de la pregunta ¿con qué frecuencia siente usted esto?, mediante una escala tipo Likert de siete opciones, desde nunca a diariamente. En la versión original era preciso diligenciar dos veces el inventario, ya que al individuo se le hacía una segunda pregunta (¿con qué intensidad siente usted esto?), puesto que el instrumento medía la frecuencia e intensidad del Burnout; sin embargo, en la versión de 1986 no se presenta la pregunta acerca de la intensidad, debido a que los resultados arrojados demostraron correlaciones muy bajas entre ambas dimensiones de evaluación, mientras que la frecuencia sí se mantiene porque es similar al formato utilizado en otras medidas tipo autoinforme, de actitudes y sentimientos.

El inventario se divide en tres subescalas, cada una de las cuales mide las tres dimensiones que se suponen configuran el constructo Burnout: Agotamiento Emocional (9 ítems), Despersonalización (5 ítems) y Reducida Realización Personal (8 ítems), y de cada una de estas escalas se obtiene una puntuación baja, media o alta (que coincide con los tres tercios en los que se distribuye la población normativa) que permite caracterizar la mayor o menor frecuencia de Burnout. Además, las autoras del estudio ofrecen las diversas puntuaciones de corte para cada una de las profesiones evaluadas como por ejemplo: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental, y del grupo "otras profesiones" (Maslach y Jackson, 1981).

Normalmente las puntuaciones del MBI se correlacionan con informaciones obtenidas con otros instrumentos acerca de datos demográficos, características del trabajo, realización en el trabajo, personalidad, evaluación de actitudes, información

sobre la salud, entre otros, de acuerdo con los planteamientos presentados por las diversas investigaciones desarrolladas sobre el estudio de este inventario. Para el desarrollo y perfilamiento final del instrumento se han invertido ocho años, de tal manera que la prueba preliminar a 605 sujetos de diferentes profesiones estaba compuesta por 47 ítems; los correspondientes análisis estadísticos redujeron el inventario en 25, quedándose en los 22 ítems definitivos tras pasarlo a una segunda muestra de 1025 personas, también de diversas profesiones; es de anotar que para la versión definitiva se tuvo en cuenta un total de 11067 sujetos.

Este síndrome, originalmente observado en profesiones tales como médicos, psicoanalistas, guardia de cárceles, asistentes sociales y bomberos, hoy se extiende a todos aquellos que interactúan en forma activa y dentro de estructuras funcionales. Pasó de "personas que cuidan personas de alto riesgo" a funcionarios que interactúan en contextos de interacción conflictiva, con mayor o menor soporte. Hoy, se considera que estos empleados que interactúan cuidando y /o solucionando problemas de otras, con técnicas y cualidades exigidas, dentro de medios y organizaciones de logros evaluados (en mayor o menor medida), son potenciales poseedores del síndrome de Burnout.

Debido a la magnitud del problema en la actualidad, y por la necesidad de identificar la existencia de este síndrome en las diferentes poblaciones de alto riesgo, nos planteamos como interrogante

¿Cuál es la frecuencia de aparición del Síndrome Burnout en el personal de atención de Urgencias de Emermedica y cuales son las estrategias de afrontamiento comúnmente utilizadas de quienes lo presentan?

Teniendo como objetivo general de la investigación, describir las características y la frecuencia de aparición del síndrome Burnout en el personal de urgencias de Emermedica, por medio de la aplicación de los instrumentos, Inventario De Burnout De Maslach (2001) y la Escala de Evaluación De Los Recursos De Afrontamiento Personal (Rodríguez, C; Gutiérrez, B; Guevara, L; González, E, 1996). Con el fin de identificar la existencia de la problemática dentro de la población, las estrategias de afrontamiento utilizadas y contribuir con evidencia diagnóstica que le de herramientas a la institución para implementar futuras estrategias de intervención y prevención.

Para el logro de esto se plantearon algunos objetivos específicos tales como:

Describir las características generales del personal de atención de urgencias.

Identificar las características posibles del síndrome Burnout en el personal de urgencias de Emermedica, por medio del Inventario De Burnout De Maslach.

Determinar los estilos de afrontamiento del personal de urgencias de Emermedica y la posible influencia que estos ejercen en la frecuencia de aparición de Burnout, por medio de la escala de evaluación de los recursos de afrontamiento personal.

Proporcionar un diagnóstico a la institución que le brinde herramientas para implementar futuras estrategias de intervención y prevención.

Las variables de estudio en esta investigación son:

Síndrome de Burnout:

El término *Burnout* hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando ésta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros,

profesores), (Oliver C, Pastor JC, Aragonese A, Moreno B, 1990) y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis.

Estrategias de Afrontamiento:

Son los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que realizan las personas para manejar el estrés psicológico o las demandas externas/internas, evaluadas como algo que excede los recursos propios de la persona (Lazarus y Folkman, 1984).

Edad:

Se refiere al tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.

Genero:

Indica el sexo de los seres humanos de acuerdo a sus características. Se toma en cuenta hombre y mujer.

Estado Civil:

Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.

Ocupación:

Tipo de actividad que realiza el personal que labora en Emermedica.

Nivel Educativo:

Grado de escolaridad alcanzado por el personal de Emermedica.

Método

La presente investigación fue no experimental, es decir aquella que se realiza sin manipular deliberadamente las variables (Hernández Sampieri, 1991). Consiste en observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos. Este es también un estudio o investigación descriptiva en la cual el propósito es describir situaciones y eventos, es decir, como es y como se manifiesta determinado fenómeno.

Según Dankhe (1986) los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Citado por Hernández Sampieri 1991).

Así mismo estos estudios miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. (Desde el punto de vista científico describir es medir). Los estudios descriptivos miden de manera más bien independiente los conceptos o variables con los que tienen que ver. Aunque puedan integrar las mediciones de cada una de dichas variables para decir como es y se manifiesta el fenómeno de interés, su objetivo no es indicar como se relacionan las variables medidas. (Hernández Sampieri 1991).

Específicamente esta investigación es un estudio descriptivo por que busca identificar como se manifiesta el Síndrome Burnout en el personal de urgencias de Emermedica y describir los estilos de afrontamiento comúnmente utilizados dentro de la población.

Participantes:

El estudio fue llevado a cabo con una muestra de 22 personas, seleccionadas en forma aleatoria de una población total de 110 personas que conforman el centro de atención de urgencias, Emermedica, la muestra estuvo constituida por personas de ambos sexos, entre quienes se encuentran, médicos, paramédicos, conductores de ambulancia, camilleros, auxiliares de enfermería y psicólogos. Dentro de un rango de edad entre 25 – 50 años. Todos pertenecientes al personal de urgencias de Emermedica.

Instrumentos:

Para el desarrollo de la investigación se utilizaran los siguientes instrumentos: Primero el Maslach Burnout Inventory (MBI), es un cuestionario que esta compuesto por 22 ítems con una escala tipo likert donde se afirman los sentimientos y actitudes personales del profesional en su trabajo y hacia los pacientes, el test fue elaborado por Maslach y Jackson en 1981 (Citado por Hernández Zubieta 2002) y ha sido aplicado en diversos profesionales de la salud, así como en estudios realizados dentro de la población Colombiana, como es el caso del “ Estudio descriptivo del Síndrome Burnout en Personal de salud en el Hospital Militar Central” (Hernández, 2002), de la Universidad Católica De Colombia. Sin embargo a pesar que el MBI es el instrumento mas frecuentemente utilizado para medir el Burnout no implica que su validez y confiabilidad haya sido consolidada. Este instrumento valora tres aspectos fundamentales del síndrome Burnout o de desgaste profesional: el agotamiento emocional, la despersonalización y la ausencia de logros personales. La subescala de agotamiento emocional (EE), constituida por nueve ítems valora la sensación de estar emocionalmente saturado o exhausto por el propio trabajo. La subescala de

despersonalización (DP), integrada por cinco ítems, mide el grado en el cual la respuesta hacia los pacientes es fría, distante e impersonal. La subescala de logros personales (PA) consta de ocho ítems que valoran los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo. El Burnout o desgaste profesional se concibe como una variable continua que se puede experimentar en bajo, moderado o alto grado y no como variable dicotómica que esta presente o ausente.

El segundo instrumento que se utilizará es la Escala de Evaluación de los Recursos de Afrontamiento Personal, elaborada por Rodríguez, Gutiérrez, Guevara, González en 1996, consta de 63 ítems los cuales se encuentran divididos en tres áreas como son salud física, psicológica y sociocultural, cada una de estas escalas tienen 21 ítems, en donde seis son de atribución de causalidad, tres interna y tres externa, los 15 ítems restantes se distribuyen entre los recursos de afrontamiento, recursos individuales (creencias y solución de problemas) y recursos ambientales (habilidades sociales, apoyo social, recursos materiales). La confiabilidad de la escala se evaluó a través del coeficiente de Kuder Richardson, para la cual se utilizó una muestra de 300 personas con edades entre 20 y 50 años, 150 femeninas y 150 masculinos. De igual manera, 150 de los encuestados habían cursado de primaria a bachillerato y otros 150 universitarios, la confiabilidad obtenida fue de 0.784775 lo que indica que el 78.81775% de la varianza de la prueba se debe a la medida verdadera de la escala y el 21.82% de errores aleatorios este índice indica la consistencia interna de la escala.

El tercer instrumento será el Cuestionario de Datos Personales con el cual se identificarán las variables demográficas más relevantes.

Una vez seleccionada la muestra se les entregará un formato de consentimiento informado en el cual se dará a conocer el propósito del estudio y se asegura a los

participantes que los datos obtenidos serán confidenciales y anónimos; posteriormente se procederá a la aplicación de los instrumentos antes descritos. (Apéndice B: instrumento de medición)

Procedimiento:

Contamos con el apoyo de la Universidad de la Sabana para asesoría tanto en la metodología como en la parte teórica-práctica; así mismo con colaboración del personal de urgencias de Emermedica para la aplicación de los instrumentos. Una vez seleccionados los participantes se les entregó el formato de consentimiento informado para darles a conocer el propósito de la investigación y el carácter confidencial de los datos obtenidos; posteriormente se procedió a la entrega de los instrumentos, dando un tiempo determinado para su elaboración autoaplicada.

Se utilizaron los siguientes instrumentos Inventario De Burnout De Maslach (2001) y la Escala de Evaluación De Los Recursos De Afrontamiento Personal (1996) citados en la monografía de la Universidad Católica de Colombia “Estudio Descriptivo del Síndrome Burnout en Personal de Salud en el Hospital Militar Central”(2002).

Una vez diligenciados los instrumentos fueron entregados a las investigadoras, se procedió al análisis estadístico de los datos obtenidos. Los resultados fueron estudiados y se realizaron tablas y figuras para su mejor comprensión. Finalmente se procedió al análisis cualitativo de estos resultados con base en investigaciones anteriores en el tema para poder sustentar los hallazgos del presente estudio.

Resultados

Mediante la presente investigación se pretendió describir las características y la frecuencia de aparición del síndrome Burnout en el personal de urgencias de Emermedica. Con el fin de identificar la existencia de la problemática dentro de la población, las estrategias de afrontamiento utilizadas y contribuir con evidencia diagnóstica que le de herramientas a la institución para implementar futuras estrategias de intervención y prevención.

Para lograr el objetivo propuesto se aplicaron dos instrumentos, el primero denominado escala de Afrontamiento elaborada por Rodríguez, Gutiérrez, Guevara, González en 1996 y con una confiabilidad de 0.78. El segundo Burnout Maslach Inventory elaborado por Maslach y Jackson en 1981. Estos instrumentos se les aplico a una muestra de 22 personas clasificadas por sexo, edad, estado civil y profesión.

Para llevar a cabo el análisis se transformaron los puntajes directos a escala T y se analizaron de acuerdo con los baremos de cada instrumento.

Se realizó el análisis estadístico, haciendo una tabulación de los datos recogidos en la aplicación de los instrumentos para después transformarlos a los puntajes típicos y así poder realizar tablas y figuras que ilustren los resultados obtenidos en la presente investigación.

Con el fin de analizar los resultados estos se presentan a continuación en tablas y figuras.

Tabla 1.

Índices de resultados de la prueba escala de afrontamiento convertidos a puntajes T de la población con la cual se trabajó.

SUJETO	HOMBRES			MEDICO	MUJERES			PSICÓLOGO	TÉCNICOS	ENFERM.
	30-40 CAS	20-30 SOL		20-40 SOLT	20-40 CAS	20-30 SEP				
1	55	60	60	48	44	56	54	63	59	
2	61	37*	64	61	31*	39*	49	57	55	
3	57	56	37	60	55		49	61		
4	63	55	47	63				55		
5	63	-	43	65						
6	-		56	65						
7	-	-	63	60						
8	-	-	57	-						
9	-	-	53	-						
10	-	-	37*	-						
11	-	-	58	-						
12	-	-	61	-						
13	-	-		-						
	61	47	52	60	48	66	49	57	41	

Se observa que toda la población esta dentro de un rango normal de puntuación T (40-60) o mayores (61 o mas) lo cual indica que el 93% de la muestra trabajada tiene adecuados recursos de afrontamiento. Solo el 7% de las personas (n=3) tuvieron puntajes inferiores a 40.

Tabla 2A.

Resultados de las personas evaluadas mediante la escala de Burnout Maslach de acuerdo a la clasificación establecida.

Suj.	HOMBRES			MEDICOS			MUJERES			20 – 40 CAS			20 – 30 SEP					
	30 – 40 CAS			20 – 30 SOL			20-40 SOL			20 – 40 CAS			20 – 30 SEP					
	A.E.	D.	L.P.	A.E.	D.	L.P.	A.E.	D.	L.P.	A.E.	D.	L.P.	A.E.	D.	L.P.			
1	12(B)	8(B)	48(A)	14(B)	1(B)	43(A)	10B	8B	48A	17(B)	4B	47A	*23(M)	3(B)	43(A)	6A	2B	43A
2	12(B)	5(B)	47(A)	4(B)	0(B)	48(A)	5B	3B	45A	*20(M)	5B	40A	*49(A)	*18(M)	39A	*20(M)	2B	42A
3	15(B)	7(B)	41(A)	*26(M)	1(B)	41(A)	*49A	*18M	39A	7B	2B	48A	9(B)	1(B)	48A			
4	6(B)	7(B)	48(A)	13(B)	*14(M)	33(A)	*23M	3B	43A	10B	8B	48A						
5				19(B)	8(B)	48(A)	*20M	2B	42A	5B	3B	45A						
6							6B	2B	43A	5B	3B	48A						
7							19B	8B	48A	*21(M)	7B	48A						
8							*26M	1B	41A	5B	0B	48A						
9							15B	7B	41A									
10							12B	5B	47A									
11							12B	8B	48A									
12							7B	2B	48*									

Tabla 2B.

Resultados hallados en las tres subescalas del Burnout Maslach que evalúan agotamiento emocional (AE), despersonalización (D) y logros personales (LP).

Sujeto	PSICÓLOGOS			TECNICOS			ENFERM.		
	A.E.	D.	L.P.	A.E.	D.	L.P.	A.E.	D.	L.P.
1	17B	4B	47A	13B	*14(M)	33A	5B	0B	48(A)
2	*20M	5B	40A	14B	1(B)	43A	9B	1B	48(A)
3	*21M	7B	48A	4B	0(B)	48A			
4	5B	3B		6B	7(B)	48A			
5									
6									
7									
8									

Después de cada calificación se encuentra la evaluación para cada subescala en las categorías bajo (B) medio (M) y alto (A).

Tabla 3.

Puntuaciones para determinar puntajes bajo, medio o alto de acuerdo con las subescalas cansancio emocional, despersonalización y logros personales.

CANSANCIO EMOCIONAL	DESPERSONALIZACION	LOGROS PERSONALES
9 – 20 Bajo (B)	5 – 11 Bajo (B)	8 – 18 Bajo (B)
21 – 32 Medio (M)	12 – 18 Medio (M)	19 – 28 Medio (M)
33 – 45 Alto (A)	19 – 25 Alto (A)	29 – 40 Alto (A)

Para su interpretación se utilizan los siguientes criterios; A y B altas y C baja Burnout en Alto en alto grado. Cuando A y B y C tienen puntuación medias indica un grado medio de Burnout y cuando A y B son bajos y C alta indica un grado bajo de Burnout.

Tabla 4.

Puntajes de las personas que en la escala de Burnout Maslach obtuvieron puntajes medios y altos según la clasificación establecida. Los sujetos se clasificaron según su edad, su estado civil y profesión.

HOMBRES				MUJERES					
S	20 – 30	SOL	S. MEDICO	S	20 – 40	S	20 – 40 CAS	S	20 – 30
				SOLT				SEP	
	AE	D	AE	D	AE	AE	D	AE	
3	26(M)		3	49(A)	18(M)	2	20(M)	1	23(M)
4		14(M)	4	23(M)		7	21(M)	2	49(A)
			5	20(M)					18(M)
			8	26(M)					

Tabla 5.

Puntajes de los resultados en la escala de Afrontamiento que estuvieron por debajo de 40 según edad, sexo, estado civil y profesión.

HOMBRES				MUJERES				
S	20 – 30	SOL	S. MEDICO	S	20 – 40	CAS	S 20 – 30	SEP
	37		10	37	2	31	2	39

Se observa en la comparación de las dos tablas que las personas 2 de la población de casadas y la persona 2 de las separadas presenta, en Burnout puntajes medios en cansancio emocional (AE) y puntajes bajos en la escala de afrontamiento. Esto último también ocurre con el sujeto 10 de médicos.

En relación a las variables estudiadas se logro establecer que: Con respecto a las variables sociodemográficas que son edad, sexo y estado civil no se encuentran resultados significativos que muestren alguna incidencia con la aparición del síndrome o con las estrategias de afrontamiento utilizadas. Sin embargo, los resultados obtenidos muestran que en alguna proporción las mujeres presentan en un porcentaje mayor que los hombres síntomas de agotamiento emocional, ya que el 31% de la muestra de mujeres lo presenta en grado medio, y una persona presenta este síntoma en grado alto además despersonalización en grado medio lo que evidencia la presencia del Síndrome Burnout en ella.

En lo que se refiere a la presencia del Síndrome Burnout en la totalidad de la muestra los resultados no arrojan datos significativos que evidencien la presencia del síndrome en la mayoría de estas personas. Aunque, en la escala de agotamiento emocional hay 23% de los participantes que lo presentan en grado medio y un 4.5% en

grado alto, lo que demuestra la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento y la fatiga, que comienzan a manifestarse en estas personas como respuesta a las actividades laborales a las que se ven expuestos diariamente.

En la escala de despersonalización un 91% obtuvo puntajes bajos y un 9% medios, lo que se interpreta como la manifestación de relaciones interpersonales adecuadas en el trato con los pacientes. Por último en la escala de Logros Personales la muestra total evidencia una valoración de los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo adecuada.

Según los datos obtenidos se pudo concluir que estadísticamente no existe una relación significativa entre las características sociodemográficas del personal de atención a urgencias de Emermedica y la aparición del síndrome de Burnout. De la misma manera se puede determinar que a pesar del ambiente de estrés laboral en el que se desempeñan estas personas, solo el 23% de los participantes se encuentran en alto riesgo de desarrollar el síndrome y el 4% ya lo padece. Lo que constituye menos del 40% de la población estudiada, que a su vez se podría atribuir a la adecuada utilización de los recursos de afrontamiento.

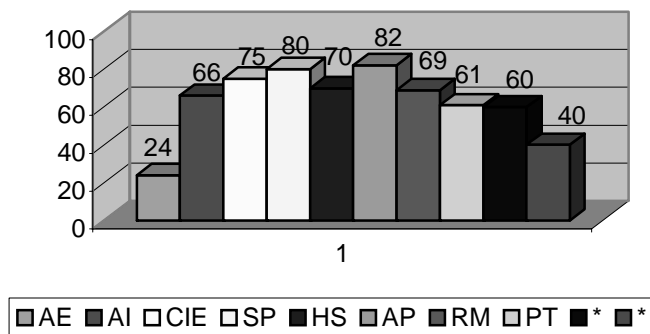


Figura 1. Promedios obtenidos por los hombres de 20 – 30 años solteros en la escala de Burnout Maslach. Esta escala se califica según criterio presentado en la Tabla 3. En este caso AE. Bajo D.B. Bajo y LP Alto.

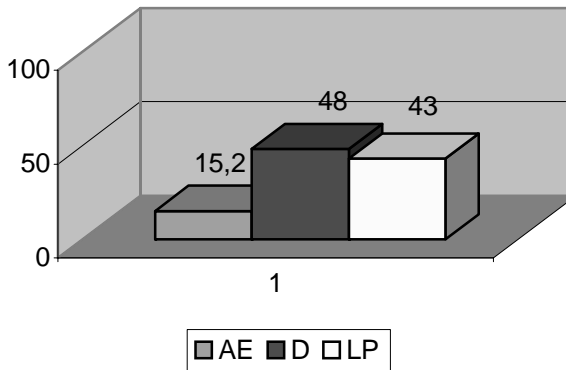


Figura 2. Promedios obtenidos por los hombres de 20 – 30 años solteros en la escala de Afrontamiento. En la columna PT (Puntaje total escala) es la conversión a los puntajes T de la escala. (no es el promedio que en este caso no se utiliza).

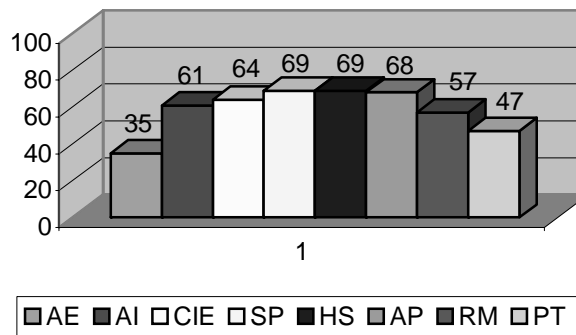


Figura 3. Promedios obtenidos por los hombres de 30 – 40 años casados en la escala de Burnout Maslach. Esta escala se califica según criterio presentado en la Tabla 3. en este caso AE. Bajo D.B. Bajo y LP Alto.

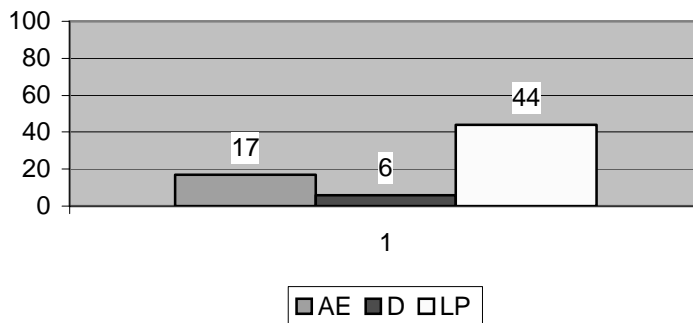


Figura 4. Promedios obtenidos por los hombres de 30 – 40 años casados en la escala de Afrontamiento. Si el puntaje es mayor de 60 se considera que los recursos son

adecuados, si esta entre 30 y 40 utiliza los recursos normalmente y si es menor de 40 se deben crear estrategias apropiados de Afrontamiento. En la columna PT (Puntaje total escala) es la conversión a los puntajes T de la escala. (no es el promedio que en este caso no se utiliza).

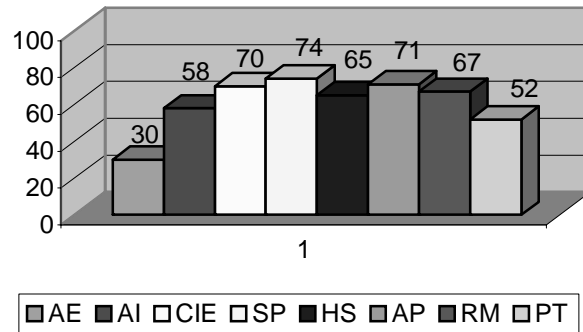


Figura 5. Promedios obtenidos por los médicos solteros en la escala de Burnout Maslach. Esta escala se califica según criterio presentado en la Tabla 3. En este caso AE. Bajo D.B. Bajo y LP Alto.

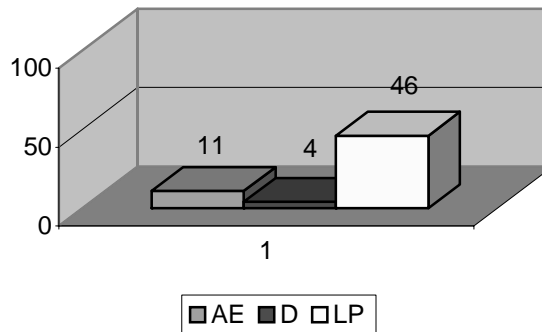


Figura 6. Promedios obtenidos por los hombres de 30 – 40 años casados en la escala de Afrontamiento. Si el puntaje es mayor de 60 se considera que los recursos son adecuados, si esta entre 30 y 40 utiliza los recursos normalmente y si es menor de 40 se deben crear estrategias apropiados de Afrontamiento. En la columna PT (Puntaje total escala) es la conversión a los puntajes T de la escala. (no es el promedio que en este caso no se utiliza).

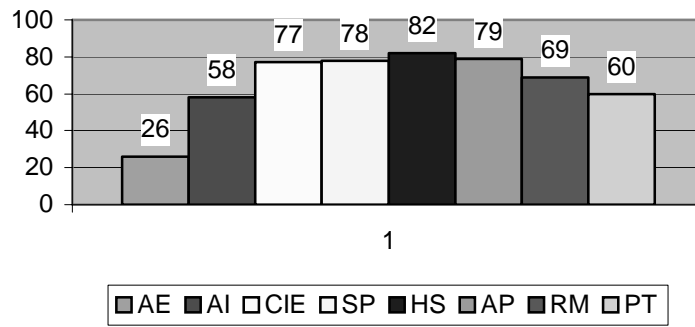


Figura 7. Promedios obtenidos por los hombres mayores de 20 – 40 años solteros en la escala de Burnout Maslach. Esta escala se califica según criterio presentado en la Tabla 3. En este caso AE. Bajo D.B. Bajo y LP Alto.

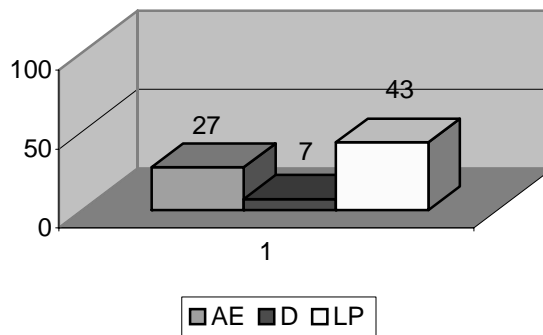


Figura 8. Promedios obtenidos por los hombres de 30 – 40 años solteros en la escala de Afrontamiento.

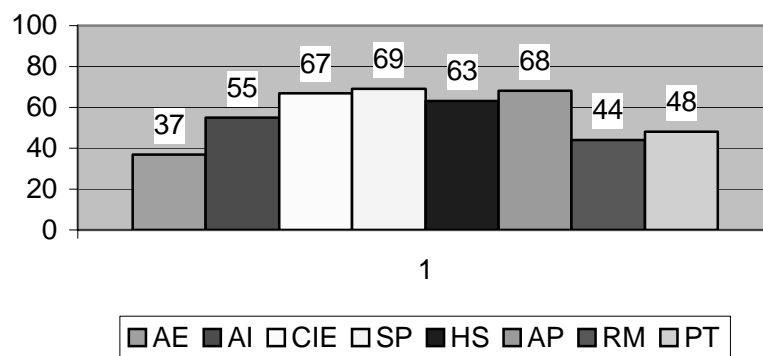


Figura 9. Mujeres de 20 – 40 años casadas. En este caso se observa en AΣ un puntaje medio, se hace la aclaración que el número es de 3 personas por lo tanto no es significativo estadísticamente

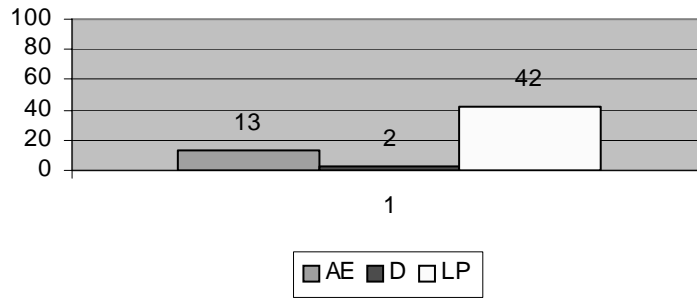


Figura 10. El número de mujeres casadas encuestadas fue de 3 lo cual no es significativo estadísticamente.

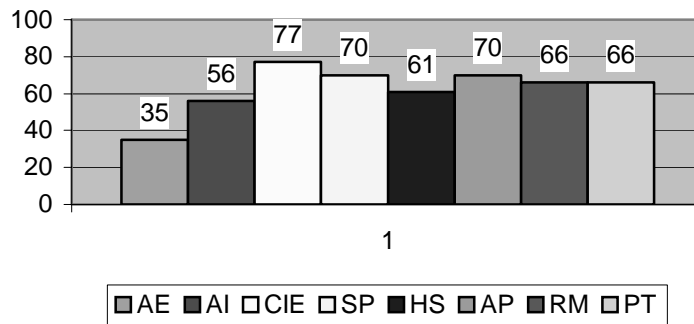


Figura 11. Mujeres de 20 – 30 años separadas. En este caso se observa en $A\Sigma$ un puntaje medio, se hace la aclaración que el número es de 3 personas por lo tanto no es significativo estadísticamente.

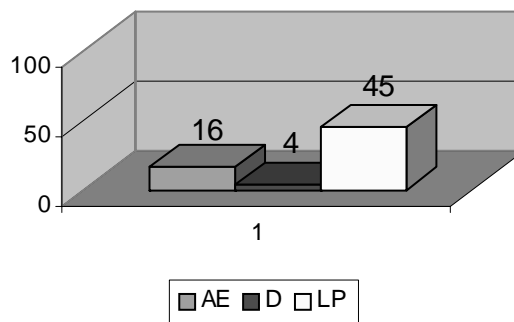


Figura 12. El número de mujeres casadas es de 2 se aclara que no es significativo estadísticamente.

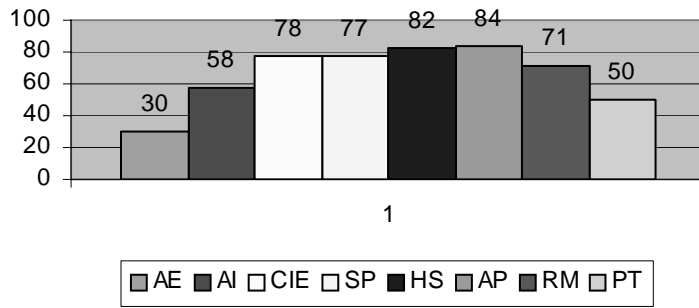


Figura 13. Psicólogos universitarios. En este caso se observa en $A\Sigma$ un puntaje medio, se hace la aclaración que el número es de 3 personas por lo tanto no es significativo estadísticamente.

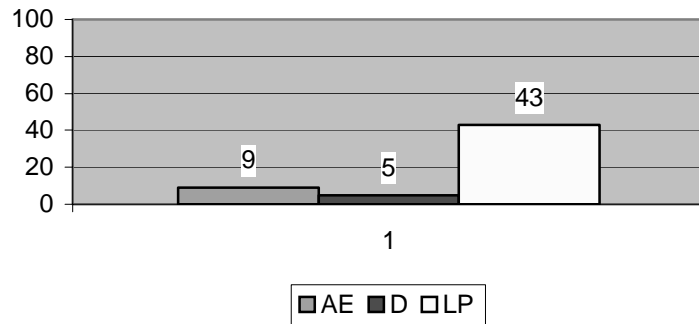


Figura 14. El número de mujeres casadas es de 2 se aclara que no es significativo estadísticamente.

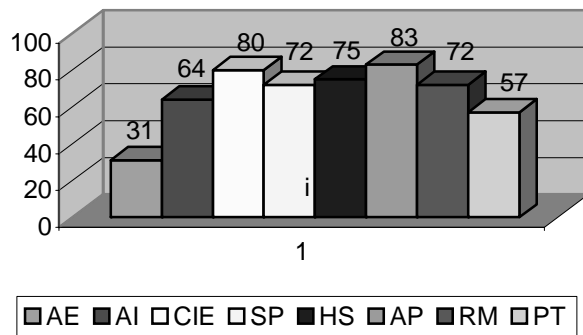


Figura 15. Técnicos primeros auxilios (conductores). En este caso se observa en $A\Sigma$ un puntaje medio, se hace la aclaración que el número es de 3 personas por lo tanto no es significativo estadísticamente.

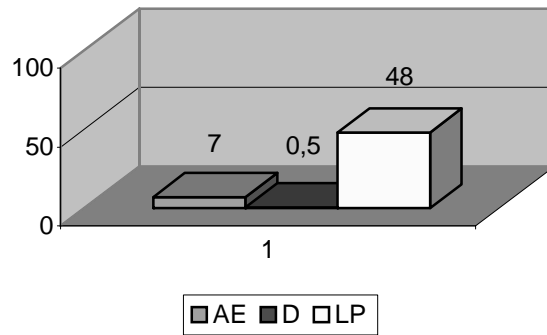


Figura 16. El número de mujeres casadas es de 2 se aclara que no es significativo estadísticamente.

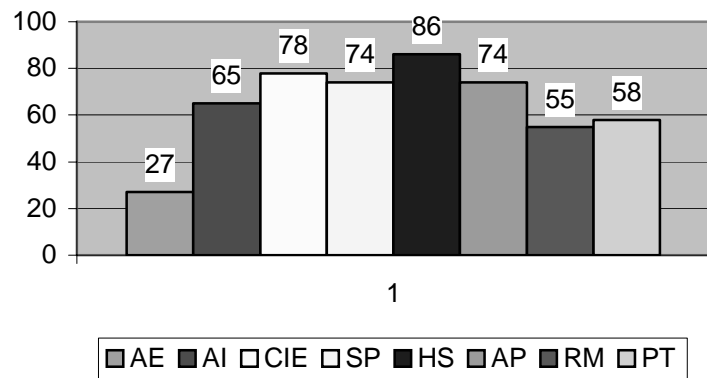


Figura 16A. Enfermeros técnicos. Técnicos primeros auxilios (conductores). En este caso se observa en AE un puntaje medio, se hace la aclaración que el número es de 3 personas por lo tanto no es significativo estadísticamente.

Discusión

La importancia de investigar el síndrome de Burnout se auna a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, dado el interés de las organizaciones por la calidad de vida laboral de sus empleados, sobre todo por el ausentismo laboral, rotación de personal, aumento licencias médicas y la disminución de la calidad de trabajo (Maslach, 2001). Asimismo, dado que la mayor incidencia del Síndrome de Burnout se da en profesionales de servicios que prestan funciones asistenciales o sociales, el deterioro de su vida laboral tiene efecto sobre su vida personal y social (Gil-Monte, 1999).

El presente estudio está enmarcado en el área de la psicología de la Salud ya que tiene en cuenta los múltiples factores físicos, emocionales, cognoscitivos, afectivos y sociales; que de alguna manera inciden en el personal de la salud, tanto profesional como voluntario que trabaja frecuentemente con personas que experimentan graves traumas y crisis personales. Como es el caso del personal de “Emermedica” institución de atención a urgencias en Colombia, que puede estar expuesto a sobrecargas traumáticas como el síndrome de agotamiento profesional (Burnout), debido a la naturaleza de su trabajo diario (Urgencias médicas).

El principal objetivo de la investigación propuesta encaminado en identificar la presencia del síndrome Burnout y las estrategias de afrontamiento comúnmente utilizadas en el personal de atención a urgencias de Emermedica, con una muestra constituida por 22 personas (muestra representativa de la población total de 110 personas) de las cuales eran 9 hombres y 13 mujeres, con edades comprendidas entre 20 y 40 años, tuvo como característica un nivel educativo mínimo técnico y máximo especialista.

En lo que se refiere a recursos de afrontamiento, se pudo concluir que las personas se encuentran en un nivel medio, lo que representa que la mayoría de los participantes utilizan normalmente las estrategias de afrontamiento. Se Caracterizan por presentar mayores puntajes en la atribución interna que en la externa.

Este hallazgo es similar al encontrado en el estudio realizado por Hernández Zubieta (2002), en el cual se concluyo que “el afrontamiento interno constituye un factor protector en quienes poseen esta habilidad psicológica ya que en ellos se encontraron los niveles mas bajos de Burnout”, además se evidencio que existe una relación directa y significativa entre los estilos de afrontamiento externo y Burnout, mientras que los estilos de afrontamiento interno estaban relacionados en menor proporción y de manera indirecta con este.

De igual manera, los resultados indican que, en general, el nivel de Burnout en la muestra es bajo en sus tres dimensiones, aunque se encuentra una mayor manifestación del síndrome en la escala de agotamiento emocional indicando que se sienten en alguna medida afectados emocionalmente por su trabajo, evidenciando perdida progresiva de energía, desgaste y fatiga. Los bajos puntajes en la escala de despersonalización se pueden interpretar como la adecuada manifestación de las relaciones interpersonales con los pacientes. Finalmente en la escala de logros personales la muestra total evidencia una apropiada valoración de los sentimientos de competencia y eficacia en la realización del trabajo.

Teniendo en cuenta el análisis de los resultados obtenidos, se debe tener en cuenta que aunque el personal de atención a urgencias de Emermedica no evidencia la presencia de Burnouot, se encuentra en un riesgo latente de desarrollarlo a causa de los

puntajes obtenidos en la escala de agotamiento emocional, siendo esta la primera fase de la manifestación del síndrome. (Maslach, 2001)

El Síndrome de Burnout puede afectar a personas de cualquier edad (Golembieski, Nunzenrider, 1998) aunque existe un predominio en las edades donde se alcanza la madurez lo cual concuerda con los resultados de la presente investigación ya que el pequeño porcentaje en el que se evidencia la presencia del síndrome esta entre las edades 30-40 años.

Belloch García en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de La Fe, Valencia identificó al Síndrome de *Burnout* como un problema de salud que afectaba a una parte de la población médica y a esto se suman otras investigaciones internacionales que corroboran la existencia del mismo. Según Grassi y Magnani de la Universidad de Ferrara, Italia, el cansancio emocional fue la dimensión que mayormente prevaleció, seguido de despersonalización y realización personal reducida, resultados estos que no coinciden con nuestra investigación porque, aunque algunos puntajes obtenidos en la escala de cansancio emocional fueron medios y en menor porcentaje altos, no constituyen un valor significativo en relación con la muestra total.

Daniel Vega, Pérez Urdániz y Fernández Canti concluyen que los médicos del Hospital Clínico de Salamanca presentan un grado medio de Burnout, caracterizado por altos niveles de agotamiento emocional, niveles medios de despersonalización y moderadamente altos de realización personal, resultados que no coinciden con nuestra investigación.

En una investigación realizada en el Baylor College of Medicine in Houston Texas, se encontró que la realización personal fue la dimensión más afectada, resultado

este que no coincide con nuestra investigación, debido a los altos puntajes obtenidos por todos los participantes en la escala de logros personales.

En una investigación realizada en el Department of Psychiatry and Institute of Neurosciences, University of Granada Medical School, Granada, Spain, sus resultados mostraron niveles sustanciales de cansancio emocional, resultados que no coinciden con nuestra investigación.

Retomando el propósito de este estudio el cual era identificar la existencia de la problemática dentro de la población, las estrategias de afrontamiento utilizadas y contribuir con evidencia diagnóstica que le de herramientas a la institución para implementar futuras estrategias de intervención y prevención, se evidencia la importancia de manejar los recursos de afrontamiento adecuados, con el fin de prevenir la aparición de la sintomatología del síndrome de Burnout.

No existe una estrategia simple y universal para prevenir o tratar el síndrome de Burnout, por lo que es a través de la combinación de varias técnicas que se disminuyen los riesgos de caer en este estado psicológico; técnicas para manejar estrés y resolver conflictos, o de autocontrol y psicoterapia son parte del arsenal empleado para evitar que el problema surja o evolucione a grados extremos e impida definitivamente su realización profesional. (Montoya, 2004)

Se debe mencionar que la mejor estrategia para evitar la aparición de este síndrome es cuidando el ambiente laboral e implementando procesos que contribuyan al reconocimiento e implementación de una cultura de la prevención de manera integral que permita no solo el desarrollo profesional o laboral sino primordialmente el personal; para ello, se deben generar mecanismos de motivación en las empresas y eliminar

presiones innecesarias y excesivas en los individuos, ya que se ha observado que esto ayuda a suprimir gran parte de la presión. Por otra parte, se ha observado, una notable mejoría cuando las actividades productivas (y la responsabilidad) se reparten en equipo de manera equitativa y son dirigidas por un líder capaz que marque objetivos precisos y razonables. (Montoya, 2004)

Finalmente, se debe subrayar que las personas con niveles técnico o profesional que brindan servicio a la población o que se encuentran en contacto directo con víctimas de distintas formas de violencia y maltrato, deben mostrarse atentas a la aparición de los síntomas del síndrome de Burnout para acudir al especialista en problemas emocionales, y así evitar el riesgo de desarrollar la fase crónica del padecimiento; es por su bien y por el de toda la comunidad, poniendo de manifiesto que se debe difundir por diversos medios los principales signos de aparición, de tal manera que sea la misma persona o en su efecto el profesional de la salud quien detecte a tiempo signos indicadores de su aparición.

Se debe resaltar la importancia de la constante evaluación diagnóstica de los recursos de afrontamiento que son utilizados especialmente en las poblaciones que se ven expuestas a trabajos cuyas características constituyen un factor de riesgo latente en la aparición del Burnout, así como la implementación de programas de promoción para la utilización de las estrategias de afrontamiento adecuadas en estas personas. Así mismo, esta investigación fundamenta evidencia diagnóstica para la implementación de programas desde la prevención primaria tanto a nivel individual como institucional, enmarcados en la Ley 100 de Salud, que enfatiza en el diseño e implementación de estrategias de Promoción de la Salud y Prevención Integral.

En cualquier caso, estos resultados constituyen sólo un primer paso en esta novedosa línea de investigación dentro del Burnout. Así, en posteriores investigaciones en este ámbito deberían incluirse, además de las variables aquí consideradas, otros factores que según la literatura también inciden en el Burnout.

Referencias

- Atance, J. (1995). *Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario*. <http://www.athealth.com>.
- Arthur, N.M. (1990). The assessment of Burnout: A review of three inventories useful for research and counseling. *Journal of Counseling and Development*, 69(2), 186-189.
- Ayuso, J.L. y López, J. (1993). Síndrome de Burnout y SIDA. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 27, 42-46.
- Belloch García SL, Renovell Farre V, Calabuig Alborch JR, Gomez Salinas L. (2000). The profesional *Burnout* syndrome in resident physicians in hospital medical specialties. *An Med Intern Mar*; 17(3): 118-22.
- Buela, G., Moreno, S. (1999). *Intervención Psicológica en Cáncer*. En M.A. Simón (Ed), *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Burke, R.J. (1992). Occupational stress, psychological Burnout and anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping*.*
- Burke, R.J. y Richardsen, A.M. (1991). Psychological Burnout in organizations. Manuscrito presentado para su publicación.
- Cairo, H., (2002). *Burnout: Un síndrome cada vez mas expandido*. http://www.mujeresdeempresa.com/relaciones_humanas.
- Cherniss, C. (1980a). *Professional Burnout in human service organizations*. Nueva York: Praeger.

- Consejo Colombiano de Seguridad. (2003). Estrés en los trabajadores de la salud. *Salud Trabajo y Ambiente*. PP 10-15.
- Daley, M.R. (1979). Preventing worker Burnout in child welfare. *Child Welfare*, 58(7), 443-450.
- Daniel Vega, E. (1995). Estudio del síndrome de desgaste profesional entre los médicos de un hospital general. Universidad de Salamanca.
- Edelwich, J. y Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Elliot, J.L. y Smith, N.M. (1984). Burnout: A look at coping with stress. *School Library Media Quarterly*, 141-145.
- Emener, W.G., Luck, R.S. y Gohs, F.X. (1982). A theoretical investigation of the construct Burnout. *Journal of Rehabilitation Administration*, 6(4), 188-196.
- Everly, G.S. (1979). *Strategies for coping with stress: An assessment scale*. Washington, DC: Office of Health Promotion, Department of Health and Human Services.
- Farber, B.A. (1984). Stress and Burnout in suburban teachers. *Journal of Educational Research*, 77(6), 325-331.
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). *Estilos Y Estrategias De Afrontamiento*. En E.G. Florez Lozano, J.A., (1994). *Aspectos psicoafectivos del enfermo terminal: atención ética integral*. Barcelona. Biomedical Systems Group.

Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 150-170.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R.J. (1986). Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.

Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burnout. *The Journal of Social Issues*, 30(1), 159-166.

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

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

Garcés de Los Fayos, E.J., Teruel, F. y García Montalvo, C. (1993). Burnout en deportistas y entrenadores. Un nuevo campo de investigación en psicología del deporte. Poster presentado en el *Congreso Mundial de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*. Granada. <http://www.abacolombia.com>.

Garcés de Los Fayos, E.J. (2000). Tesis sobre Burnout. <http://www.abacolombia.com>.

García Izquierdo, M. (1991a). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7(18), 3-12.

García Izquierdo, M. (1991b). Estrés en contextos laborales. Comunicación presentada a las *III Jornadas sobre Psicología clínica y salud*. Murcia.

García Izquierdo, M., Castellón, M., Albadalejo, B. y García, A.L. (1993). Relaciones entre Burnout, ambigüedad de rol y satisfacción laboral en personal de banca. *Psicología del Trabajo y Organizaciones*, 11(24), 17-26.

Gil-Monte, P., Peiró, J. (1998). A study on significant sources of the "Burnout Syndrome" in workers at occupational centres for the mentally disabled. <http://www.psychologyinspain.com>

Gil Monte P. & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del Síndrome de Quemarse por el trabajo. *Anales de la Psicología*, 15-2, 261-268.

Girdano, D. y Everly, G.S. (1986). *Controlling stress and tension*. 2ª Edición. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Gillespie, D.F. (1980). Correlates for active and passive Burnout types of Burnout. *Journal of Social Service Research*, 4(2), 1-16.

Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En M. A. Simón (Ed), *Manual de Psicología de la Salud* (p. 39-41). Madrid, España: Biblioteca Nueva.

Golembiewski RT, Nunzenrider R. (1988). *Phases of Burnout: Development in concepts and occupations*. New York: Praeger.

[http://www.catarsisdequiron.org/Articulos/Síndrome de Burnout.htm](http://www.catarsisdequiron.org/Articulos/Síndrome_de_Burnout.htm)

González, E; Guevara, L; Gutiérrez, Z; Rodríguez, C; (1996) Proyecto docente: *Elaboración y estandarización de un instrumento para identificar los recursos de afrontamiento en estudiantes y trabajadores según su estilo de atribución de causalidad*. Trabajo para optar por el título de Psicólogo de la Universidad Católica de Colombia, Bogota D.C Facultad de Psicología

Granado, Labat, Madruga, Herrero, Fernández, Nieto, Arce Herrero. (1991). Untitled Document Otros Trastornos mentales y de la conducta: abordaje Psiquiátrico <http://www.cop.es/colegiados/MU00024/tvarios.htm> .

Grassi L, Magnani K. (2000). *Psychotherapy*. Nov-Dec; 69(6): 329-11.

Greene, G. (1960). *A burn-out case*. Londres: William Heineman Ltd. <http://www.abacolombia.com>.

Greenglass, E.R., Burke, R.J. y Ondrack, M. (1990). A gender role perspective of coping and Burnout. *Applied Psychology: An International Review*, 39(1), 5-27.

Guntupalli KK, Fromm RE Jr. (1996). Burnout in the internist-intensivist. *Intensive Care Medicine*; 22(7):625-630.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.

Hernández Zubieta, P. (2002). *Estudio descriptivo del Síndrome de Burnout en personal de salud en el Hospital Militar Central*. En Acta Colombiana de Psicología. Universidad Católica. Colombia.

Hernández Zubieta, P. (2002). *Tesis de grado: Estudio descriptivo del Síndrome Burnout en personal de salud en el Hospital Militar Central*. Proyecto Docente de la Universidad Católica de Colombia, Bogotá, D.C. Facultad de Psicología.

Hiscott, R.D. y Connop, P.J. (1990). The health and wellbeing of mental health professionals. *Canadian Journal of Public Health*, 81, 422-426.

Holroyd, K.A. y Lazarus, R.S. (1982). Stress, coping and somatic adaptation. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: Free Press

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

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

López-Castillo J, Gurpegui M, Ayuso-Mateos JL, Luna JD, Catalán J. (1999). Emotional distress and occupational *Burnout* in health care professionals serving HIV-infected patients: A comparison with oncology and internal medicine services *Psychother Psychosom*;68(6):348-56.

http://www.catarsisdequiron.org/Articulos/Síndrome_de_Burnout.htm

Machlowitz, M. (1980). *Workaholics: Living with them, working with them*. Reading: Addison-Wesley.

Malagón Londoño, G., Galán Morera, R. Y Pontón Laverde, G. (1999).

Administración hospitalaria. Colombia: Editorial Médica Panamericana.

Martin, M.J. (1982). Burnout: Fact or fad?. *Psychosomatics*, 23, 461.

Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 16-22.

Maslach, C. (1982). Burnout: A social psychological analysis. En J.W. Jones (Ed.), *The Burnout syndrome: Current research, theory, interventions*. Londres: Park Ridge, London House.

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1984). Burnout in organizational setting. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133-154.

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual*. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.

Maslach, C. (2001); *Job Burnout. Annual Review Psychology*.

www.findarticles.com.

McGuire, W.H. (1979). Teacher Burnout. *Today's Education*, 68(4), 5.

Montoya, S (2004). Burnout, Estres que incapacita.

<http://www.saludymedicinas.com.mx>

Moreno, B., Oliver, C. y Aragoneses, A. (1991). El Burnout, una forma específica de estrés laboral. En G. Buela-Casal y V.E. Caballo (Comps.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 271-284). Madrid: Siglo XXI.

- Nagy, S. (1985). Burnout and selected variables as components of occupational stress. *Psychological Reports*, 56(1), 195-200.
- Oliver C, Pastor JC, Aragonese A, Moreno B. (1990). Una teoría y una medida de estrés laboral asistencial. *Actas II Congreso Social de Psicología*. Valencia, España.
- Pérez Morales, A. (1999). Problemas éticos en la atención de urgencias. Descripción de experiencias. *Revista Cubana de Enfermera*. 15(2), 133-40
- Perlman, B. y Hartman, E.A. (1982). Burnout: Summary and future research. *Human Relations*, 35(4), 283-305.
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), *Staff Burnout: Job stress in the human services*. Nueva York: The Free Press.
- Pines, A. y Kafry, D. (1978). Coping with Burnout. Paper presented at the *Annual Convention of the American Psychology Association*. Toronto.
- Posig, M., Kickul, J. (2003). *Extending our understanding of Burnout: test of an integrated model in nonservice occupations*. En *Journal of Occupational Health Psychology*.
- Roberts, C.A. (1986). Burnout: Psychoable, or a valuable concept?. *British Journal of Hospital Medicine*, 36, 194-197.
- Schweitzer B. (1994) Stress and *Burnout* in junior doctors. *S Afr Med J*; 84(6):352-4.

Seidman, S.A. y Zager, J. (1986). The Teacher Burnout Scale. *Educational Research Quarterly*, 11(1), 26-33.

Shinn, M., Rosario, M., Morch, H. y Chestnut, D.E. (1984). Coping with job stress and Burnout in the human services. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(4), 864-876.

Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. En C.L. Cooper e I. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology*. Londres: Wiley and sons.

Singh, J., Goolsby, J.R. y Rhoads, G.K. (1994). Behavioral and psychological consequences of boundary spanning Burnout for customer service representatives. *Journal of Marketing Research*, 31, 558-569.

Smith, N.M. y Nelson, V.C. (1983a). Burnout: A survey of academic reference librarians. *College and Research Libraries*, 44(3), 245-250.

Spence, R. (1981). The dilema of job Burnout. *Financial Times*, 69.

Starrin, B., Larsson, G. y Styrborn, S. (1990). A review and critique of psychological approaches to the burn-out phenomenon. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4(2), 83-91.

Söderfeldt, M., Söderfeldt, B. y Warg, L.E. (1995). Burnout in social work. *Social Works*, 5, 638-645.

Walker, G.A. (1986). Burnout: From metaphor to ideology. *Canadian Journal of Sociology. Cahiers Canadiens de Sociology, 11(1)*, 35.

Wallace, J.E. y Brinkeroff, M.B. (1991). The measurement of Burnout revisited. *Journal of Social Service Research, 14(1-2)*, 85-111.

Apéndice A

Tabla A1

Estudios Realizados Con El Maslach Burnout Inventory

AUTOR	AÑO	PROFESIÓN OBJETO DE ESTUDIO	MUESTRA (n)
Jayaratne y Chess	1984	Trabajadores sociales	144
Gold	1984	Profesores	462
Maslach y Jackson	1985	Diferentes profesiones	845
Gold et al	1985	Profesores	109
Nagy	1985	Secretarias	153
Brooking et al	1985	Diferentes profesiones	176
Firth et al	1985	Enfermeras	200
Corcoran	1985	Trabajadores sociales	139
Rafferty et al	1986	Médicos	67
Jayaratne y Chess	1986	Trabajadores sociales	238
LeCroy y Rank	1986	Trabajadores sociales	106
Power y Gose	1986	Estudiantes	72
Schwap	1986	Profesores	641
Smith et al	1986	Bibliotecarios	285
Wade et al	1986	Diferentes profesiones	46
Sarros y Friesen	1987	Administradores	128
Whitehead	1987	Policías	387
Green y Walkey	1988	Profesores y enfermeras	713
Sarros	1988	Profesores y administradores	763
Meier	1988	Enfermeras	906
Lemkau et al	1988	Médicos	67
Fuehrer y McGonale	1988	Médicos	281
Hiscott y Connop	1989	Trabajadores de salud mental	123
Topf	1989	Enfermeras	100
Williams	1989	Diferentes profesiones	492
Gold et al	1989	Estudiantes	147
Lahoz y Mason	1989	Farmaceúticos	1258
Evans y Fischer	1989	Informáticos y profesores	589
Leiter	1990	Personal sanitario	122
Cherniss	1990	Diferentes profesiones	25
Wallace y Brinkerhoff	1991	Trabajadores sociales	95
Gil y Schaufelli	1991	Enfermeras	144
Friedman	1991	Profesores	1597
Leiter	1991	Trabajadores de salud mental	177
Rosse et al	1991	Policías y personal sanitario	1509

Friedman y Farber	1992	Profesores	641
Nye et al	1992	Trabaj. de las fuerzas armadas	357
Gold et al	1992	Profesores	133
Jorgesen	1992	Estudiantes	236
Oktay	1992	Trabajadores sociales	128
Leiter	1992	Diferentes profesiones	124
Morasso et al	1992	Personal sanitario	303
Ogus	1992	Enfermeras	123
Lee y Asforth	1993	Supervisores y directores	223
Evans y Fischer	1993	Diferentes profesiones	589
Piedmont	1993	Terapeutas ocupacionales	41
Poulin y Walker	1993	Trabajadores sociales	1196
Sandoval	1993	Psicólogos	100
Schaufelli y Van Dierendonck	1993	Enfermeras	667
Burke	1993	Policías	828
Byrne	1993	Profesores	2931
Thompson y Cooper	1993	Enfermeras	74
Pedrabissi et al	1993	Profesores	516
Pretorius	1993	Profesores	94
Burke y Greenglass	1994	Personal de educación	833
Leiter et al	1994	Militares	473
Lemkau et al	1994	Médicos	50
Dion y Tessier	1994	Educadores y enfermeras	383
Reilly	1994	Enfermeras	611
Price y Spence	1994	Trabajadores sociales	120
Deckaud et al	1994	Médicos	235
Leiter y Durup	1994	Personal sanitario	307
Byrne	1994	Profesores	2925
Singh et al	1994	Representantes	377
Papadatou et al	1994	Enfermeras	443
Gupchup et al	1994	Farmacéuticos	84
Burke y Greenglass	1995	Educadores	362
Buendía y Riquelme	1995	Vigilantes penitenciarios	85
Balogun et al	1995	Estudiantes	56
Abu Hilal	1995	Profesores	380
Gil y Peiró	1996	Traba. de centros ocupacionales	95
Gil et al	1996	Enfermeras	196
Martín et al	1996	Enfermeras	27
Salgado et al	1997	Profesores	86

Apéndice B

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre: _____ Fecha: _____

En el presente formato se solicita su cooperación voluntaria para la investigación, que tiene como objetivo principal identificar la presencia del síndrome Burnout en el personal de atención a urgencias de Emermedica, así como las estrategias de afrontamiento comúnmente utilizadas. De esta manera solicitamos nos suministre información sincera y completa acerca de sus emociones y sentimientos frente a su trabajo, por medio del diligenciamiento de los formatos anexos.

Es importante aclarar que la información suministrada es de tipo confidencial y los datos de identificación no serán divulgados en los resultados que se obtengan de esta investigación.

Agradecemos su colaboración

Sandra Buitrago Mejia
Estudiante de Psicología
Universidad de la Sabana

Sandra Garzón
Estudiante de Psicología
Universidad de la Sabana

Firma: _____

CUESTIONARIO DE DATOS PERSONALES

Sexo: M F Edad: _____

Estado Civil: Soltero Casado Separado Unión Libre _____

Viudo

Numero de Hijos: _____

Escolaridad: Técnico Universitario Especialista _____

Tiempo De Ejercicio Profesional: _____ años.

Tiempo de trabajo en Emermedica _____

Jornada De Trabajo: _____ horas al día. _____ Días a la semana.

Maslach Burnout Inventory

Lea las siguientes instrucciones y responda de acuerdo a sus sentimientos y emociones hacia su trabajo. Deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones, en función a la siguiente escala:

- 0 = Nunca
- 1 = Pocas veces al año o menos
- 2 = Una vez al mes o menos
- 3 = Unas pocas veces al mes o menos
- 4 = Una vez a la semana
- 5 = Pocas veces a la semana
- 6 = Todos los días

Aspecto Evaluado	Respuesta
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	_____
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	_____
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar	_____
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes / clientes	_____
5. Trato a algunos pacientes / clientes como si fueran objetos impersonales	_____
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	_____
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes / clientes	_____
8. Me siento "quemado" por mi trabajo	_____
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	_____
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión/tarea	_____
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	_____
12. Me siento muy activo	_____
13. Me siento frustrado en mi trabajo	_____
14. Creo que estoy trabajando demasiado	_____
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes / clientes	_____
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés	_____
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes / clientes	_____
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes / clientes	_____
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea	_____
20. Me siento acabado	_____
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	_____
22. Siento que los pacientes / clientes me culpan por alguno de sus problemas	_____

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS DE AFRONTAMIENTO PERSONAL

Este Instrumento consta de 63 afirmaciones, las cuales usted deberá leer detenidamente y marcar con una “ X “ en la escala que aparece al lado derecho de la hoja, teniendo en cuenta que el extremo izquierdo de la escala indica “Total Desacuerdo” y el extremo derecho “Totalmente de Acuerdo”. Tal como se ilustra en los siguientes ejemplos:

Es saludable dormirse temprano	Total Desacuerdo.....	Totalmente Deacuerdo.
Escuchar música es saludable	Total Desacuerdo	Totalmente Deacuerdo

De esta manera si su respuesta fuera “Totalmente De acuerdo” colocaría la “x” en el extremo derecho de la escala; si su respuesta fuese “Total Desacuerdo” en el extremo izquierdo de la escala; si su respuesta fuera neutral, es decir ni en acuerdo ni en desacuerdo, la colocaría en el centro de la escala, recuerde que puede colocar “x” en cualquiera de los puntos de la escala, o sea si usted no esta “totalmente De acuerdo” con una afirmación, pero esta mas de acuerdo que en desacuerdo, puede colocar la “X” mas hacia la derecha pero no necesariamente al extremo. Lo mismo sucede si usted no esta en “Total Desacuerdo”, puede colocar su respuesta mas hacia la izquierda y no necesariamente en el extremo. Recuerde no hay respuestas ni buenas, ni malas y es de gran importancia su sinceridad.

-
- 1. Dentro de mi grupo de trabajo evito tomar responsabilidades : : : : : : : :
 - 2. Ante un problema de salud cuento con el dinero para asistir al medico. : : : : : : : :
 - 3. Sin la ayuda de mis amigos no alcanzare mis metas. : : : : : : : :
 - 4. Pienso que mi buen estado de salud depende de Dios. : : : : : : : :
 - 5. Mis amigos me apoyan en situaciones dificiles. : : : : : : : :
 - 6. Es mejor hacer las cosas por mi mismo a esperar que las hagan los demás. : : : : : : : :
 - 7. Cuando tengo dificultades en mi trabajo o estudio es por causa de otros. : : : : : : : :
 - 8. Cuando estoy enfermo pienso que se debe a mi mal comportamiento. : : : : : : : :
 - 9. Creo que tengo conocidos pero no amigos. : : : : : : : :
 - 10. Mi pareja me apoya cuando estoy en problemas. : : : : : : : :
 - 11. Me siento satisfecho cuando estoy rodeado de personas conocidas. : : : : : : : :
 - 12. Me es dificil pedir ayuda cuando estoy enfermo. : : : : : : : :
 - 13. Me considero creativo y recursivo para manejar cualquier dificultad. : : : : : : : :
 - 14. Ante un inconveniente de salud busco las alternativas de solución. : : : : : : : :
 - 15. Me siento triste por la forma en que me tratan los demás. : : : : : : : :

- 16. Cuando estoy enfermo intento aliviarme con remedios. : : : : : : : :
- 17. Me es difícil invertir dinero en actividades recreativas. : : : : : : : :
- 18. Necesito de otros para hacer las cosas bien. : : : : : : : :
- 19. Me comprometo con mis ideales y lucho por alcanzar mis metas. : : : : : : : :
- 20. Ante algún problema de salud recurro a centros de asistencia médica. : : : : : : : :
- 21. Valgo por lo que soy y no por lo que aparento. : : : : : : : :
- 22. Los controles médicos no son ni útiles ni perjudiciales para mi salud. : : : : : : : :
- 23. Cuando tengo una situación difícil en mi trabajo prefiero que mi jefe me ayude a solucionarla. : : : : : : : :
- 24. Siento que no soy capaz de desempeñarme adecuadamente en algunas situaciones de alta responsabilidad. : : : : : : : :
- 25. Tengo los recursos económicos para comprar medicamentos cuando los requiero. : : : : : : : :
- 26. Cuando estoy enfermo cuento con el apoyo de mi familia. : : : : : : : :
- 27. Considero que vivo más o menos bien y cuento con lo que necesito. : : : : : : : :
- 28. Me desempeño bien en mi trabajo por que tengo habilidades para ello. : : : : : : : :
- 29. Me es difícil expresar mi inconformidad ante opiniones contrarias a las mías. : : : : : : : :
- 30. Cuando tengo un dolor me desespero y no se como actuar. : : : : : : : :
- 31. Me es fácil hablar de sexualidad con mi pareja. : : : : : : : :
- 32. Cuando he necesitado ayuda mis familiares me han colaborado. : : : : : : : :
- 33. La salud es mejor que tener dinero. : : : : : : : :
- 34. Todo lo que pasa en mi vida depende de la voluntad de Dios. : : : : : : : :
- 35. Evito los problemas que no puedo solucionar. : : : : : : : :
- 36. Pido consejo a otros cuando me encuentro en dificultades. : : : : : : : :
- 37. Me es difícil pedir aclaraciones cuando no entiendo como tomar los medicamentos. : : : : : : : :
- 38. Cuando tengo una dificultad con alguien lo primero que hago es hablar con él. : : : : : : : :
- 39. Puedo contar con mi familia cuando tengo apuros económicos. : : : : : : : :
- 40. Hay alguien que me consuela cuando estoy triste. : : : : : : : :
- 41. Creo que la mayoría de las enfermedades son contagiosas. : : : : : : : :
- 42. Pienso que cuando estoy enfermo mi recuperación depende de mi esfuerzo y colaboración. : : : : : : : :
- 43. Gano suficiente dinero para vivir. : : : : : : : :
- 44. Muchas personas son culpables de las dificultades que pueda tener con mi salud. : : : : : : : :
- 45. Tengo capacidad para reconocer y remediar mis equivocaciones. : : : : : : : :

- 46. Pienso que la ayuda mutua en el trabajo es perjudicial. : : : : : : : :
- 47. No me preocupo por el futuro por que mi destino ya esta definido. : : : : : : : :
- 48. Tengo facilidad para expresarle a la gente las cosas que mi disgustan. : : : : : : : :
- 49. Considero que mi buen estado de salud esta únicamente en las manos de los médicos. : : : : : : : :
- 50. Solo consigo sentirme satisfecho, si tengo dinero. : : : : : : : :
- 51. Me acomodo fácilmente a situaciones nuevas. : : : : : : : :
- 52. Puedo invertir dinero en actividades de descanso. : : : : : : : :
- 53. Se me dificulta expresarme claramente ante los médicos y terapistas. : : : : : : : :
- 54. Asumo mis enfermedades solo, pues no cuento con la asistencia de mis amigos. : : : : : : : :
- 55. Me integro fácilmente a un grupo de personas desconocidas. : : : : : : : :
- 56. Siento que tengo las capacidades suficientes, sin embargo es bueno contar con la ayuda de los demás. : : : : : : : :
- 57. Es más importante el pasado que el futuro. : : : : : : : :
- 58. Mis allegados con sus cuidados protegen mi buena salud. : : : : : : : :
- 59. Me he dado cuenta que en ocasiones me enfermo por mi falta de cuidado. : : : : : : : :
- 60. Velo por mi bienestar sin importar el dinero que tengo que gastar. : : : : : : : :
- 61. Creo que ante las dificultades, el único que me puede ayudar es Dios. : : : : : : : :
- 62. Soy capaz de lograr lo que me propongo. : : : : : : : :
- 63. para realizar mis actividades laborales no es indispensable la ayuda de los demás. : : : : : : : :

