



UNIVERSIDAD DE OVIEDO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**EL BURNOUT.
IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
DEL RIESGO EN NEUMÓLOGOS
DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS ASTURIANOS.**

Autor:

JOSE ANTONIO FERNANDEZ FERNANDEZ



UNIVERSIDAD DE OVIEDO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**EL BURNOUT.
IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN
DEL RIESGO EN NEUMÓLOGOS
DE LOS HOSPITALES PÚBLICOS ASTURIANOS**

Autor:

JOSE ANTONIO FERNANDEZ FERNANDEZ

Agradecimientos

Con todo mi cariño a mis padres por haberme enseñado a seguir en el camino y a perseguir mis sueños.

A mi esposa Margarita, mis hijos Pelayo y Ana, por su comprensión y apoyo incondicional, a los que dedico todo mi amor y cariño.

A Francisco Javier Llana por ser un faro en la tormenta y su ayuda en distintos aspectos de la elaboración de esta tesis.

A los Médicos Neumólogos de los Hospitales de la red pública asturiana que han participado en este estudio, en especial a D. Miguel Alonso Fernandez, sin cuya colaboración no hubiera sido posible la realización de este trabajo.

A mi director, el Dr. D. José Ángel Rodríguez Getino por haber confiado en mí, por su dedicación y asistencia a lo largo de estos años.

Gracias a todos por vuestro apoyo.

INDICE

1. Introducción	5
1.1 Justificación del trabajo.....	13
1.2 Antecedentes históricos del burnout.....	21
1.3 Evolución conceptual del termino burnout.....	29
1.4 Modelos teóricos interpretativos del burnout	41
1.4.1 Modelos basados en la salud	43
1.4.2 Modelos teóricos del estrés laboral	47
1.4.3 Modelos basados en la teoría socio-cognitiva del yo	50
1.4.4 Modelos basados en las teorías del intercambio social ..	54
1.4.5 Modelos basados en la teoría organizacional.....	56
1.4.6 Modelos basados en la teoría estructural	58
1.4.7 Modelo transaccional del estrés	59
1.5 Evolución de las dimensiones del burnout	63
1.6 Variables y estresores laborales predictoras del burnout.....	69
1.6.1 Variables personales afectivo-cognitivas-emocionales ...	71
1.6.2 Variables personales biológico-demográficas	76
1.6.3 Variables del contexto ambiental	77
1.6.4 Variables diferidas de los sistemas de organización laboral	79
1.6.4.1 Variables organizacionales	79
1.6.4.2 Variables del contexto laboral.....	81
1.6.4.3 Variables estructurales.....	84

1.7 Causas del burnout en profesionales sanitarios.....	87
1.8 Consecuencias del burnout	103
1.8.1 Satisfacción laboral.....	105
1.8.2 Problemas de salud	112
1.8.3 Absentismo laboral	120
1.9 Estrategias de intervención	129
1.9.1 Estrategias a nivel individual.....	131
1.9.2 Estrategias a nivel grupal.....	137
1.9.3 Estrategias a nivel organizacional	138
1.9.4 Estrategias para prevenir el estrés	143
1.10 Revisión de estudios experimentales del burnout	145
2. Objetivos	171
3. Hipótesis	175
4. Material y Método	179
4.1 Ámbito geográfico	181
4.2 Sujetos	182
4.3 Duración	182
4.4 Variables	183
4.5 Evaluación psicométrica del burnout y validez factorial del MBI-HSS.....	186

5. Resultados	197
5.1 Resultados obtenidos de la estadística descriptiva	204
5.2 Resultados globales por dimensiones	223
5.3 Resultados globales por categorías laborales	229
5.4 Resultados globales de la dimensión agotamiento emocional por hospitales	232
5.5 Resultados globales de la dimensión despersonalización por hospitales.....	235
5.6 Resultados globales de la dimensión baja realización personal por hospitales	237
5.7 Resultados globales de las tres dimensiones del burnout por hospitales.....	239
5.8 Relación de las variables sociodemográficas con las dimensiones del burnout.....	241
6. Consideraciones generales y discusión.....	269
7. Conclusiones	279
8. Bibliografía	285
9. Anexos	307

1. INTRODUCCIÓN

Nada mejor para empezar este trabajo que un párrafo de Freudenberger (1980a), donde el autor de forma figurada, asemeja el burnout con un incendio de un edificio; puede ser éste un buen inicio de lo que aquí se pretende explicar:

“Si ha visto un edificio destruido por el fuego sabe hasta que punto puede ser devastadora una tragedia semejante. Lo que antes era una estructura llena de vida, ahora no es más que una estructura desértica. Allí donde antes había un edificio bullente de actividad, ahora no quedan más que escombros para recordarnos toda la vida la energía que allí reinaba. Puede que aún quede algún trozo de pared en pie, puede que aún se distingan algunas ventanas; incluso puede que permanezca intacta la estructura exterior, pero si se asoma al interior quedará impresionado por la gran destrucción que allí existe. (...). Me he dado cuenta de que la gente a veces es víctima de un incendio, como los edificios. Bajo la tensión producida por la vida en nuestro complejo mundo, sus recursos internos se consumen bajo la acción de las llamas, dejando sólo un inmenso vacío interior, aunque la envoltura externa parezca más o menos intacta (pag.13)”.

Destrucción, tragedia, vacío interior, desierto,..., posiblemente estos términos sean los que mejor definan el burnout; sin duda alguna estuvo muy

acertado Freudenberg. Pero más aún, podríamos de la misma manera, utilizar los términos estrés, soledad, ansiedad, depresión..., como sinónimos de aquellos. E incluso podríamos llegar a pensar que cuando el autor hace referencia al hecho de que los recursos internos se consumen, estuviera dando la clave para comprender el por qué de este problema de carácter preferentemente emocional que tanta repercusión negativa tiene sobre la salud de los profesionales sanitarios. No hay mejor manera de solucionar un problema que haberlo comprendido previamente.

Para comenzar a comprenderlo, en primer lugar intentaremos conocer a fondo todo lo relativo al burnout. Desde hace más de tres décadas, son múltiples los artículos, referencias y demás publicaciones científicas y estudios experimentales referentes al tan usado término de burnout que se conceptualiza, bien como un desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (Cherniss, 1980), bien como una crisis de autoeficacia (Leiter, 1992), bien como un afrontamiento incorrecto del trabajo asistencial y de las preocupaciones ligadas a él (Moreno y Oliver, 1992), bien como una respuesta al estrés laboral crónico (Gil-Monte y Peiró, 1999), bien como un proceso disfuncional de deterioro (Buendía y Ramos, 2001), bien como un trastorno adaptativo crónico en asociación con las demandas psicosociales (Capilla, 2000 y Flórez Lozano, 2003), así como otras

acepciones del término que de manera definitoria desgranaremos posteriormente, ya que existen casi tantas definiciones del término como autores hayan abordado este tema. Es de reseñar también, las diferentes denominaciones que se le han dado a este término, como por ejemplo, quemazón profesional, desgaste profesional, estrés laboral asistencial, estar quemado, etc. Nosotros nos referiremos a este trastorno con la denominación de burnout, entre otras cosas por ser la primera acepción del término así como la más utilizada por la mayoría de los autores.

En los servicios de salud se ha hecho particularmente intensa la necesidad de estudiar el burnout. Promover la salud, prevenir la enfermedad, curar y rehabilitar, son tareas que producen satisfacciones, pero también muchos problemas y dificultades en el personal sanitario, que suele tener una alta tasa de trastornos y factores de riesgo asociados, debido entre otras variables a la fuerte tensión laboral a que se ven sometidos diariamente. Puesto que el burnout se ha ido convirtiendo en una amenaza para los equipos de salud, es de sumo interés saber identificarlo y manejarlo adecuadamente. Para identificar el burnout, es necesario definirlo convenientemente, para lo que hemos de estudiar los modelos teóricos explicativos.

Posteriormente veremos que el burnout no viaja solo; uno de sus compañeros de viaje es la depresión (tristeza), otro la ansiedad (estado nervioso) y la debilidad psicológica (ver todo negro). Intentaremos aclarar que los une, y que los provoca, quizá el estrés laboral, o la falta de recursos, o bien la falta de apoyo social, etc. A estos compañeros de viaje los englobaremos en un mismo término, el de “disfunciones emocionales”, quizá por que viajen en grupo y se encuentren relacionados, algo que comentaremos en nuestro estudio teórico. Es decir, conoceremos cuales son los nexos de unión que tiene el burnout con otras alteraciones emocionales, como la ansiedad, la depresión o las actitudes psicológicas disfuncionales, así como la relación existente con una variable psicosocial de primer orden, el apoyo social.

En último lugar detallaremos los resultados del estudio experimental analizado, donde podremos observar que se trata de un riesgo ciertamente preocupante, ya sea por su expansión acelerada, por su universalidad de afectados, especialmente trabajadores de profesiones humanitarias de ayuda, y sobre todo por los daños que para la salud física y psíquica comporta.

Para poder manejar el burnout, es necesario “aprender de él”, de su “comportamiento”, de su manera de distribuirse y de desarrollarse; entonces estaremos en disposición de saber como controlarlo, como evitarlo, o como hacerlo salir de nuestras vidas. Algunos investigadores ya han intentado ponerle “un cerco” teórico por lo que más adelante revisaremos sus estrategias de prevención y de intervención, e incluso otros han llegado a “actuar” y han elaborado programas de intervención.

No estaría de más elaborar un programa de intervención que pudiera limitar los efectos negativos de esos “viajeros” que amargamente nos acompañan, e incluso poder implementar dicho programa que nos permitiera ganarles la partida. Pero, aunque se darán pautas de intervención y prevención, no es objeto de estudio de esta tesis la implantación de dicho programa sino la identificación y la valoración de la presencia del burnout en el colectivo de profesionales neumólogos de la red pública asturiana.

1.1 JUSTIFICACION DEL TRABAJO

Tanto para los individuos como para las organizaciones de la sociedad occidental, la gestión y el servicio de calidad en el trabajo suponen un reto. Actualmente en las organizaciones, entendidas como grupos sociales, la calidad de los productos no sólo está relacionada con la exclusividad de los mismos sino que también con la naturaleza de las relaciones entre sus miembros (De Miguel, 2007). De tal manera, que dentro del término “calidad” tienen cabida directa o indirectamente diversos conceptos relacionados entre ellos, tales como las condiciones de trabajo, el clima organizacional, la seguridad, la satisfacción y el desarrollo personal.

En este contexto, las estrategias organizacionales deberían fomentar unas condiciones laborales saludables, con el fin de prevenir y proteger al trabajador de problemas, actualmente tan acuciantes, como el estrés laboral; ya que dentro de las condiciones de trabajo, el estrés afecta al 25 % de los trabajadores de la Unión Europea. De hecho, los estudios indican que entre un 50% y un 60% de las bajas laborales están relacionadas con el mismo. Ello representa un enorme coste tanto en sufrimiento humano como en perjuicios económicos (Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2010).

En consecuencia, es necesario profundizar en el desarrollo y la investigación en materia de salud psicológica y física de los trabajadores, describiendo adecuadamente el proceso por el que se genera y mantiene el estrés laboral.

Los elevados niveles de estrés y el deterioro de la calidad de vida laboral conlleva la evolución hacia una «economía del conocimiento» (Consejo Superior de Lisboa, 2000), que justifica la proliferación teórica de estudios y su paulatino reconocimiento jurídico (Directiva Marco de la Unión Europea, 1989/391/CEE).

La aplicación en el Derecho español de la Directiva Marco sobre Seguridad y Salud en el trabajo (Directiva 1989/391/CEE) dio lugar a la aprobación de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Ley 31/1995, de 8 de Noviembre), que en la actualidad, en España, es el pilar en el que se asienta toda la normativa sobre seguridad y salud en el trabajo.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece la obligatoriedad por parte de las empresas de adoptar las medidas pertinentes de prevención, protección y formación con el fin de eliminar o

reducir los riesgos laborales y, en concreto, introduce la preocupación por los riesgos psicosociales. Se reconoce la organización y ordenación del trabajo como susceptibles de producir riesgos laborales (artículo 4º apartado 7b), lo que ha permitido que el síndrome de quemarse por el trabajo (en adelante burnout) se considere accidente de trabajo (Tribunal Supremo de fecha 26 de octubre de 2000, recurso nº 4379/1999).

Pese a que el estrés laboral constituye una importante causa de riesgo laboral, la legislación española no se refiere a esta patología de forma expresa como enfermedad profesional, pero si es considerado por los expertos en el tema como patología laboral.

Recientemente, en el informe sobre la Estrategia Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (2007-2012) se establece el marco general de las políticas de prevención de riesgos laborales a corto, medio y largo plazo (2007). En el mismo documento se señala que el diseño de las políticas públicas en seguridad y salud en el trabajo debe integrar todo el conjunto de riesgos a los que se ven expuestos los trabajadores como consecuencia del ejercicio de su actividad dentro y fuera de los centros de trabajo, con especial atención a los denominados riesgos emergentes, los riesgos psicosociales derivados de la organización del trabajo.

Así, con la promoción de la cultura preventiva, desde el marco gubernamental se avanza en la concienciación y educación social necesaria para garantizar la calidad de vida laboral.

Paralelamente, con el fin de dar respuesta a los interrogantes sociales, el burnout se ha convertido en uno de los principales fenómenos de estudio de la psicología. El grueso de la investigación realizada sobre el burnout se refiere a las profesiones de ayuda o del sector servicios, ya que la incidencia de éste en las profesiones asistenciales y sociales es mayor que en otras (Gil-Monte, 2005). Una encuesta europea del año 2009, realizada por la Agencia Europea para la Seguridad y Salud Laboral, confirma que los sectores de actividad más prevalentes a padecer estrés son la sanidad y trabajo social con un 91% y educación con el 84%.

El burnout se vincula al concepto de estrés laboral y estrés ocupacional, como una respuesta única que se produce en el curso de las interacciones interpersonales dentro de las organizaciones (Maslach, 2001).

Un prolongado estrés ocupacional puede dar lugar al burnout en profesiones en las que se mantiene una relación de ayuda constante y

directa, basada en un contacto interpersonal intenso con los beneficiarios del servicio (López, Martín, Fuentes, García, Ortega, Cortes *et al.*, 2000). Entre estas profesiones, como veremos más adelante, la sanitaria como profesión de ayuda, muestra altos niveles de estrés, siendo propensa a desarrollar el burnout (Weinberg y Creed, 2000).

Basándonos en el trasfondo teórico de la teoría social cognitiva y de la motivación para la ayuda, estudiaremos como, la influencia de los procesos afectivos y cognitivos sobre las actitudes y las conductas, es decisiva en el desarrollo del burnout, en el ámbito hospitalario, en concreto en profesionales sanitarios.

Este trabajo aborda las principales aportaciones teóricas, desde los modelos de interacción social, al estudio del estrés y en concreto del burnout, analizando su influencia en las características de la profesión sanitaria.

Seguidamente, se realiza un estudio de la prevalencia del burnout en los médicos neumólogos de la red pública hospitalaria asturiana.

Se establece el planteamiento de estudio con la descripción de los objetivos e hipótesis.

Se presenta el método empleado, describiendo la muestra, procedimiento de recogida de datos y diseño del estudio.

Dentro de este capítulo, se analiza la evaluación psicométrica del burnout a través del MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey) (Maslach y Jackson, 1986) y, la validez psicométrica del instrumento.

Posteriormente, se presenta una revisión de estudios experimentales anteriores así como los resultados obtenidos, una discusión de los mismos y un análisis comparativo por centros hospitalarios de las diferentes variables con las que trabaja el método utilizado (MBI-HSS). Finalmente, se aportan las principales conclusiones del presente trabajo.

1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DEL BURNOUT

En 1974, un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger que trabajaba como asistente voluntario en la “Free Clinic” de Nueva York para toxicómanos, al igual que otros voluntarios jóvenes e idealistas, observó que al cabo de un período más o menos largo, entre uno y tres años, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y depresión (Mingote, 1998; Moreno, González y Garrosa, 2001). Según Leiter (1991a), el tipo de trabajo que estas personas hacían se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Freudenberger describió cómo estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico, con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece.

Para describir este patrón conductual homogéneo Freudenberger eligió la misma palabra “burn-out” (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”) que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso. Esta era una palabra de uso común en la jerga atlética, deportiva y artística, que hacía referencia

a aquellos sujetos que no conseguían los resultados esperados pese al enorme esfuerzo realizado.

La psicóloga social Cristina Maslach por aquel entonces, año 1976, estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Burnout es una expresión con gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo, no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos (Maslach y Jackson, 1986).

En las primeras publicaciones realizadas, referentes a la implicación con distintos profesionales, tales como médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, policías, etc., así como en la divulgación de los medios de comunicación se destacaba más la importancia de las diferencias individuales, como de personalidad previa (perfeccionismo, idealismo, excesiva implicación en el trabajo), que la influencia de las condiciones objetivas del trabajo. Se popularizaron los seminarios de prevención y de intervención dirigidos a su adecuado afrontamiento. Además, el término

burnout perdió precisión conceptual, convirtiéndose en un “cajón de sastre”, o mejor aún, en un “cajón desastre” sin consistencia científica, que según Mingote (1998) se asociaba al trabajo directo con personas, tras un tiempo prolongado de alta implicación emocional con el cliente, con alta demanda de exigencias adaptativas y bajas posibilidades de ejercer un control eficaz sobre esta situación, según el paradigma de la indefensión aprendida de Seligman.

García Izquierdo (1991) comenta 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”. Profesionales, sin duda, más expuestos a riesgos psico-emocionales como analizaremos posteriormente.

En la delimitación conceptual del término se pueden diferenciar dos perspectivas: la clínica y la psicosocial (Gil Monte y Peiró, 1997). La perspectiva clínica lo considera como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, en esta dirección se encaminaron los primeros trabajos de Freudenberg (1974), y de Pines y Aronson (1988). La perspectiva psicosocial lo considera como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con

manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas como se indica en los trabajos de Maslach y Jackson (1981), Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), Leiter (1988), Schaufeli y Diederonck (1993), Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995), entre otros.

Existe una diferencia clave entre el burnout como estado o como proceso, ya que el burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés, que plantean un “etiquetamiento” (decir que alguien “está quemado” o “burn-out” sugiere un fenómeno estático, un resultado final), mientras que la conceptualización como proceso, lo aborda como un particular mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en su desarrollo (Rodríguez-Marín, 1995; Gil-Monte y Peiró, 1997). Desde esta última perspectiva, el burnout podría ser entendido como una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, comportándose como variable mediadora en la relación estrés percibido y consecuencias.

Un nuevo problema surge paralelo a la definición de burnout, y es según Gil-Monte y Peiró (1997) el de diferenciarlo con otros estados con los que se suele confundir, como serían los estados de tedio, depresión,

alienación, ansiedad, insatisfacción laboral, fatiga, etc. El proceso burnout supone una interacción de variables afectivas, cognitivo-aptitudinales y actitudinales, que se articulan entre sí en un episodio secuencial. Estos autores señalan que más que un estado, es una particular respuesta a corto y mediano plazo al estrés crónico en el trabajo. Y en relación con este último aspecto Farber (1984) señala que el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida pero el burnout siempre negativos.

1.3 EVOLUCIÓN CONCEPTUAL DEL TÉRMINO BURNOUT

Algunas de las definiciones de burnout aparecidas en la literatura sobre este tema son las siguientes:.

Freudenberger (1974): *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.*

Pines y Kafry (1978): *Una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal.*

Edelwich y Brodsky (1980): *Pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo.* Estos autores proponen cuatro fases por las que pasa todo individuo que padece burnout:

- a) Entusiasmo, caracterizado por elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.
- b) Estancamiento, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.

c) Frustración, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales, con lo que esta fase sería el núcleo central del burnout.

d) Apatía, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración.

Freudenberger (1980b): *Proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, en el que destacan tres momentos:*

a) *Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés), b) respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento y c) cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).*

Pines, Aronson y Kafry (1.981): *Un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente.*

Maslach y Jackson (1981): *Respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se*

trabaja (actitudes de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional. Entienden que el burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) reducida realización personal.

Brill (1984): *Un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral; y que está en relación con las expectativas previas.*

Cronin-Stubbbs y Rooks (1985): *Una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales.*

Shirom (1989): *Consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, de manera que al descender los recursos personales*

aumenta el síndrome, por lo que la variable de afrontamiento sería determinante en la comprensión del burnout.

Moreno, Oliver y Aragoneses (1991): *Tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo.*

Leiter (1992): *Una crisis de autoeficacia. Distanciando así el burnout del estrés laboral.*

Burke y Richardsen (1993): *Proceso que ocurre a nivel individual como una experiencia psicológica, envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, y es una experiencia negativa que da lugar a problemas de discomfort.*

Leal (1993): *Sintomatología depresiva que surge ante lo que el individuo siente como fracaso de sus intervenciones, pérdida de autoestima por la vivencia de que su trabajo y esfuerzo no son útiles.*

Gil-Monte y Peiró (1997): *Una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución.*

Peris (2002): *Trastorno caracterizado por la sobrecarga y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana.*

Mingote Adán (1998) realiza una síntesis de los factores comunes a la mayoría de las definiciones de burnout: a) predominan los síntomas disfóricos, y sobre todo, el agotamiento emocional, b) destacan las alteraciones de conducta referentes al modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente, c) se suelen dar síntomas físicos de estrés psicofisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que, a su vez, median en deterioro de la calidad de vida, d) se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se de en individuos considerados presuntamente “normales” y e) se manifiesta por un

menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

Como elementos diferenciadores de las distintas definiciones, encontramos por una parte autores que destacan la relación del burnout con el estrés laboral, otros que comentan la importancia de los estados disfuncionales asociados al síndrome, los que lo relacionan con una sobrecarga cognitiva para el individuo o por último quienes lo llevan al plano personalizado como crisis de autoeficacia. Teniendo en cuenta todo esto, podríamos señalar como factor inherente al desarrollo del burnout, la inadecuada adaptación al estrés laboral por cualquiera de los aspectos comentados anteriormente. De ahí la importancia que adquiere la descripción de los diferentes estresores laborales, de los que la presencia de unos u otros llevarán al trabajador, dependiendo de factores individuales, especialmente cognitivos, y de la escasez de recursos de afrontamiento, a desarrollar el burnout.

De las definiciones anteriores podríamos extraer que el burnout sería consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos podrán ser 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 burnout aparezca. En este sentido, se conceptualiza el burnout como un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina (Artur, 1990; Ayuso y López, 1993) y que se va “instaurando” en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del burnout.

No hay acuerdo unánime en igualar los términos burnout y estrés laboral, pero si 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) parece indicar que existen matices que les hace difícilmente iguales. De hecho, Singh, Goolsby y Rhoads (1994) concluían que burnout y estrés laboral son constructos claramente diferentes.

Al igual que resulta imposible dar de lado u obviar la influencia del estrés diario en nuestras vidas (bien sea positivo o negativo), del mismo modo es imposible hacerlo con el estrés laboral por lo que creemos que el burnout no deja de ser más que un problema de inadaptación a uno o varios estresores laborales que nos conducen a padecer este síndrome o a

desarrollar cualquier otra patología somática o psiquiátrica. La inadaptación al estrés de la vida diaria puede conducirnos o abocar en una ruptura de pareja, en conflictos familiares, en depresión, etc.; si la inadaptación es al desarrollo de nuestro trabajo nos conducirá de igual manera a los trastornos emocionales y psicológicos derivados de las respuestas necesarias para nuestro trabajo, tales como la despersonalización, el cinismo, el agotamiento o fatiga emocional, precursores, o bien resultado de una falta de realización personal de nuestro trabajo.

A partir de estas definiciones podemos señalar que: existen diferencias individuales a la hora de percibir el estrés; un mismo individuo en diferentes ocasiones y ante el mismo estresor puede sentirse afectado por él o no; los recursos de afrontamiento pueden ser aprendidos y por supuesto “olvidados” o arrinconados; el individuo puede o no, poner en práctica todos sus recursos. Por último, la afectación de estos estresores puede ser crónica o aguda. Determinamos como novedad incluir la variable estrés agudo, dado que a pesar de la cronicidad aparente del burnout, éste puede “activarse” también tras un estresor agudo importante, como por ejemplo, cambios de servicio o de ambiente de trabajo en profesionales asistenciales, contacto demasiado próximo a la muerte o al sufrimiento

humano, etc., lo que conllevaría al desarrollo del burnout de una forma más rápida, o al menos de alguna de las dimensiones que lo componen.

Para concluir, hemos de decir que 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, nos hace pensar que sí existe cierto consenso en afirmar que la conceptualización más aceptada de burnout es la que ofrecen estas autoras.

1.4 MODELOS TEÓRICOS INTERPRETATIVOS DEL BURNOUT

Existen numerosos modelos que intentan teorizar sobre la base conceptual del burnout, intentando definir las variables que influyen en su aparición y en su mantenimiento.

Analizaremos los modelos teóricos del estrés laboral, los modelos basados en la salud, los modelos basados en la teoría socio-cognitiva del yo, los modelos teóricos del intercambio social, los modelos derivados de la teoría organizacional y la evolución de las dimensiones del constructo burnout según diferentes modelos. Finalizaremos mencionando un modelo derivado de las teorías del estrés, que nos parece especialmente importante para determinar los efectos causales del desarrollo del burnout, el modelo transaccional del estrés.

1.4.1 Modelos basados en la salud

Este modelo propone considerar la salud como una variable dinámica entre los polos de la enfermedad y el bienestar de la persona (Ballester Arnal, 1998). La ubicación de la persona a lo largo del continuo sería dinámica, en continua modificación, dependiendo su ubicación tanto de las variables orgánicas (son parte de la constitución de los individuos como

el sexo, la edad o el peso) del entorno como de las variables contextuales y personales.

En general, los modelos salutogénicos han enfatizado la relevancia de las variables personales del sujeto, especialmente las variables activas y positivas que identifican un estilo de conducta ante los factores de estrés.

Dentro de este grupo los modelos más conocidos son los modelos desarrollados por Kobasa (1982) y Antonovsky (1987).

Según Peñacoba y Moreno (1998), **el modelo propuesto por Kobasa (1982)** se enmarca dentro de un esfuerzo para elaborar una psicología social del estrés y la salud, inexistente hasta el momento. Predecesores de este modelo serían las propuestas situacionales de personalidad de Mischel (1968) y según Maddi (1988) los modelos existenciales que enfatizan los aspectos de desarrollo activo mediante el compromiso y la acción. A partir de estas referencias Kobasa (1979) elabora un modelo de personalidad que denomina “hardy personality” o “hardiness”, que está definido por tres dimensiones: a) compromiso, que se caracteriza por la tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida

e identificarse con el significado de los propios trabajos, b) reto o desafío, cualidad que permite a los individuos percibir el cambio como una oportunidad para aumentar sus propias competencias y no como una situación de amenaza, y c) control, que es la disposición a pensar y actuar con la convicción de que se puede intervenir en el curso de los acontecimientos.

El modelo de sentido de la coherencia propuesto por Antonovsky (1979) se basa en el mismo concepto de salud, que es elaborado como un continuo entre la enfermedad y la salud, y en el énfasis en los aspectos activos de la conducta, y en general de la persona, que conducen al desarrollo de la salud. Lo importante no es tanto conocer lo que lleva al sujeto a la enfermedad sino lo que le conduce a la salud.

La clave del pensamiento de Antonovsky puede que radique en su concepto de “Recursos de Resistencia Generalizados” (RRG) que serían el apoyo social, la formación, los medios económicos, las instituciones, la familia, las creencias, etc.; es decir, todos aquellos medios que posibilitan una conducta activa que conduce al sujeto al desarrollo de planes de acción adaptativos y positivos. El sentido de la coherencia (Antonovsky, 1979)

sería el componente personal que facilita el uso de los RRG que puede tener a su alcance.

La formulación de este modelo se hace como un constructo multidimensional compuesto por las variables: a) comprensibilidad, componente cognitivo, que es la propensión del sujeto a considerar la realidad, natural e interpersonal, como estable, ordenada, consistente y predecible, b) manejabilidad, componente instrumental, que es la actitud que adopta la persona ante los acontecimientos y su desarrollo considerando que tiene alternativas y recursos que le permiten manejarlo, y c) significatividad, componente motivacional, que alude al deseo y voluntad de la persona, a las emociones, a los valores sustentados ante un suceso, una demanda, una dificultad o, en general, un factor de estrés que puede ir desde la sobrecarga al dolor y la muerte. Para Antonovsky (1987) este último sería el componente determinante de la globalidad del constructo.

El sentido de la coherencia tendría tres componentes: comprensión, gestión y significado. Está demostrado que si un trabajador comprende a qué se ha visto o va a verse expuesto, y por qué; se puede hacer algo en cuanto a la exposición, y si le encuentra un significado a la situación, el resultado será distinto: patógeno o salutógeno.

1.4.2 Modelos teóricos del estrés laboral

Los modelos teóricos del estrés laboral consideran que muchas experiencias en el trabajo diario son vividas como estresores y están acompañadas por las consiguientes reacciones crónicas de distrés que aumentan de manera efectiva el riesgo de enfermedad. Incluimos en este apartado el modelo demanda-control (Karasek y Theorell, 1990), el modelo de crisis de gratificación en el trabajo (Siegrist, 1996) y el modelo de la escuela de Michigan (French y Khan, 1962).

La idea básica del **modelo demanda-control** (Karasek 1992) es que la demanda o exigencia en el trabajo resulta de la combinación de dos dimensiones definidas del contenido laboral: a) la dimensión de la cantidad y el tipo de la demanda, y b) la dimensión del control sobre las tareas que se realizan en el marco de la división del trabajo. Esta concepción bidimensional fue ampliada en una tercera, la dimensión del apoyo social en el puesto de trabajo. A partir de aquí, se entiende que un significativo nivel de estrés fisiológico ocurre en puestos de trabajo que presentan una demanda cuantitativa elevada, un margen de decisión limitado y una escasez de apoyo social en el trabajo. El modelo demanda-control no representa solo un concepto analítico de identificación de un alto nivel de

estrés laboral en determinados puestos de trabajo, sino que ayuda también a la orientación de los servicios empresariales de fomento de la salud para la optimización de las medidas organizativas del trabajo.

Por otra parte, el **modelo de crisis de gratificación en el trabajo** (**Effort-Reward Imbalance model, ERI**) (**Siegrist 1996**) surge de la relación de intercambio de la función laboral en el proceso de reciprocidad social, es decir, a un esfuerzo dado se conceden gratificaciones. Estas gratificaciones toman la forma de tres elementos socialmente aceptados: a) salario o ingresos, b) estima y valoración en el trabajo, y c) promoción laboral y seguridad en el empleo. Según este modelo, se espera identificar las reacciones estresantes más agudas en el trabajo, es decir, las situaciones que se caracterizan por un alto “coste/esfuerzo” y un bajo “beneficio/recompensa”. Quien carece de alternativas laborales o quien, por razones estratégicas, mantiene una situación laboral desfavorable durante un determinado periodo, está expuesto a elevados niveles de estrés laboral, que afecta especialmente a personas con una determinada disposición al desgaste o agotamiento en el trabajo.

En este modelo de crisis de gratificación en el trabajo se combinan la información contextual o descriptiva de la estructura de la recompensa y de

las características del trabajo con información subjetiva y evaluativa de los rasgos y estados individuales de superación del estrés, los llamados doping o recursos de afrontamiento. Contrariamente al modelo demanda-control, la predicción de los efectos sobre la salud en el modelo de crisis de gratificación depende de la combinación de efectos contextuales y subjetivos.

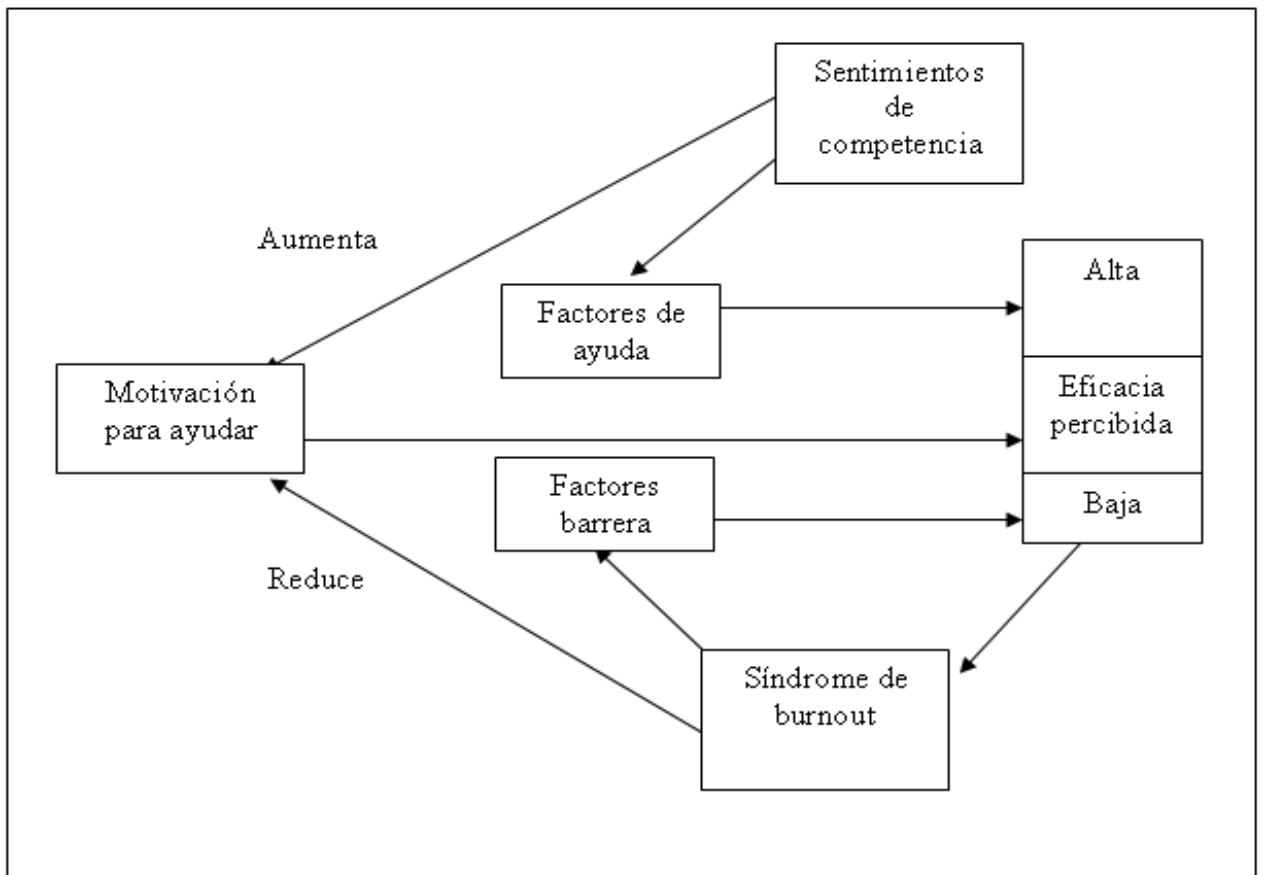
Dentro del amplio proyecto de investigación desarrollado desde el **Instituto para la investigación social de la Universidad de Michigan** (French y Khan, 1962) se publicó un influyente libro sobre estrés organizacional, escrito por Khan, Wolfe, Quinn, Snoeck y Rosenthal en 1964, que puso de manifiesto de que modo los tipos de problemas relacionados con el rol de los empleados podían conducir al estrés. Los conceptos que fueron introducidos en este libro, particularmente la ambigüedad y los diferentes tipos de conflictos de rol, han tenido una profunda influencia en la investigación sobre estrés ocupacional. La investigación desarrollada en este periodo estaba particularmente interesada por los potenciales factores de riesgo para la experiencia de estrés, tales como la alta presión en el trabajo, el conflicto y la ambigüedad de rol entre otros.

1.4.3 Modelos basados en la teoría socio cognitiva del yo

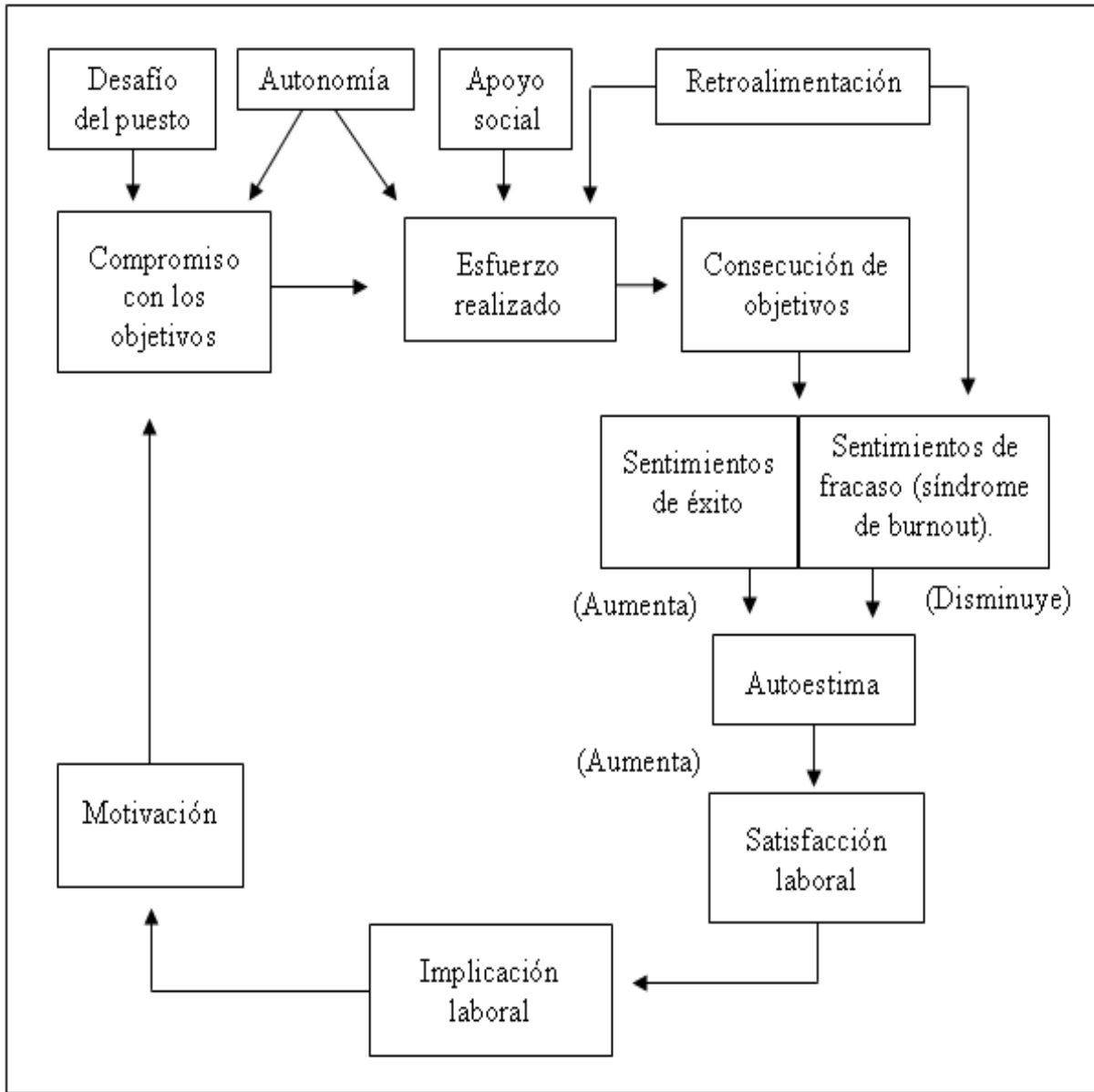
Los modelos basados en la teoría socio cognitiva del yo consideran que: a) las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás, y b) la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades que determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción.

Dentro de este grupo se encuentran el **modelo de competencia social de Harrison (1983)** y el **modelo de Cherniss (1993)** en los que la auto eficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del burnout; a este grupo también pertenece el **modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)** en el que la auto confianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo es la variable que determina el desarrollo del burnout.

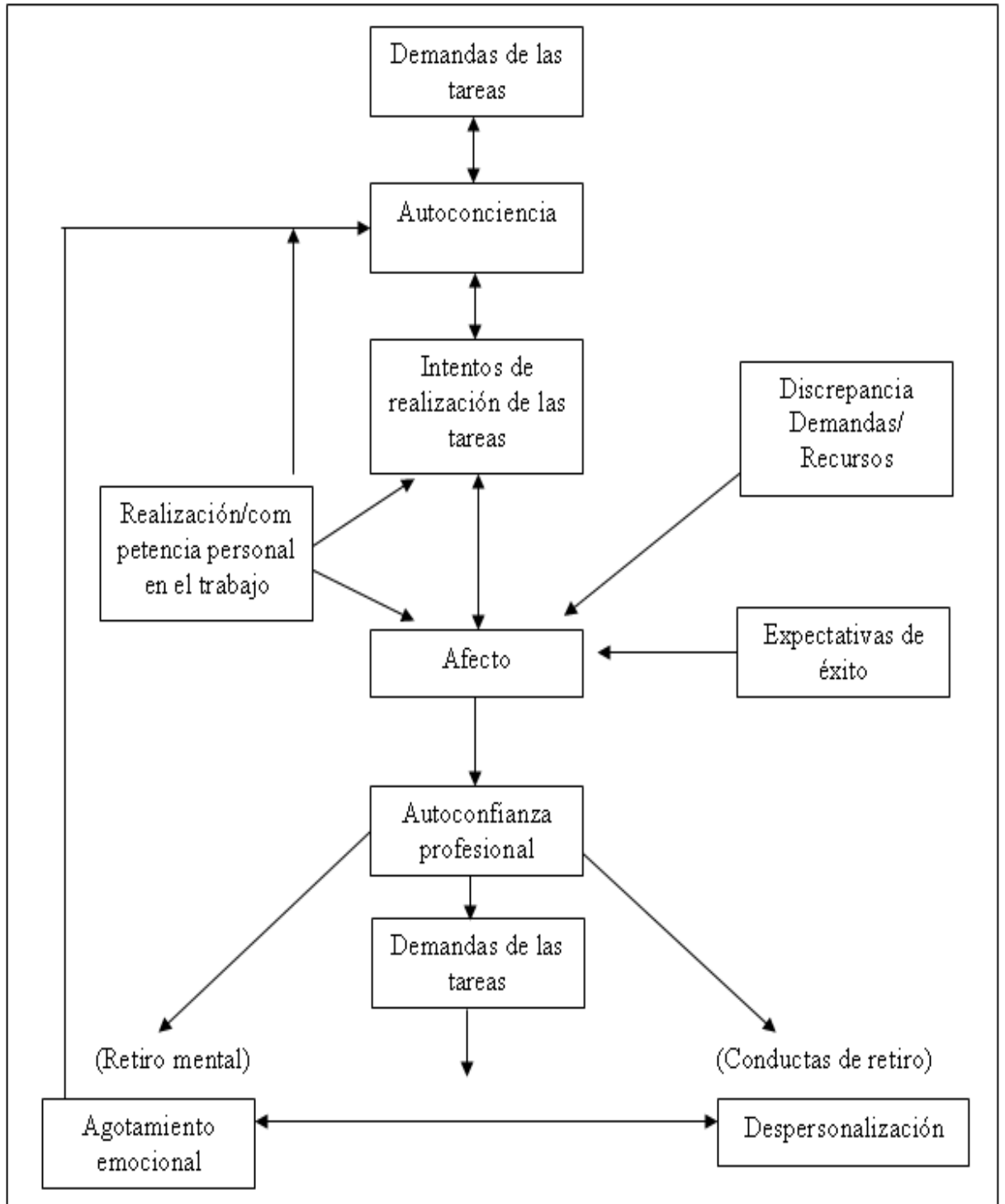
Modelo de Harrison



Modelo de Cherniss



Modelo de Thompson, Page y Cooper

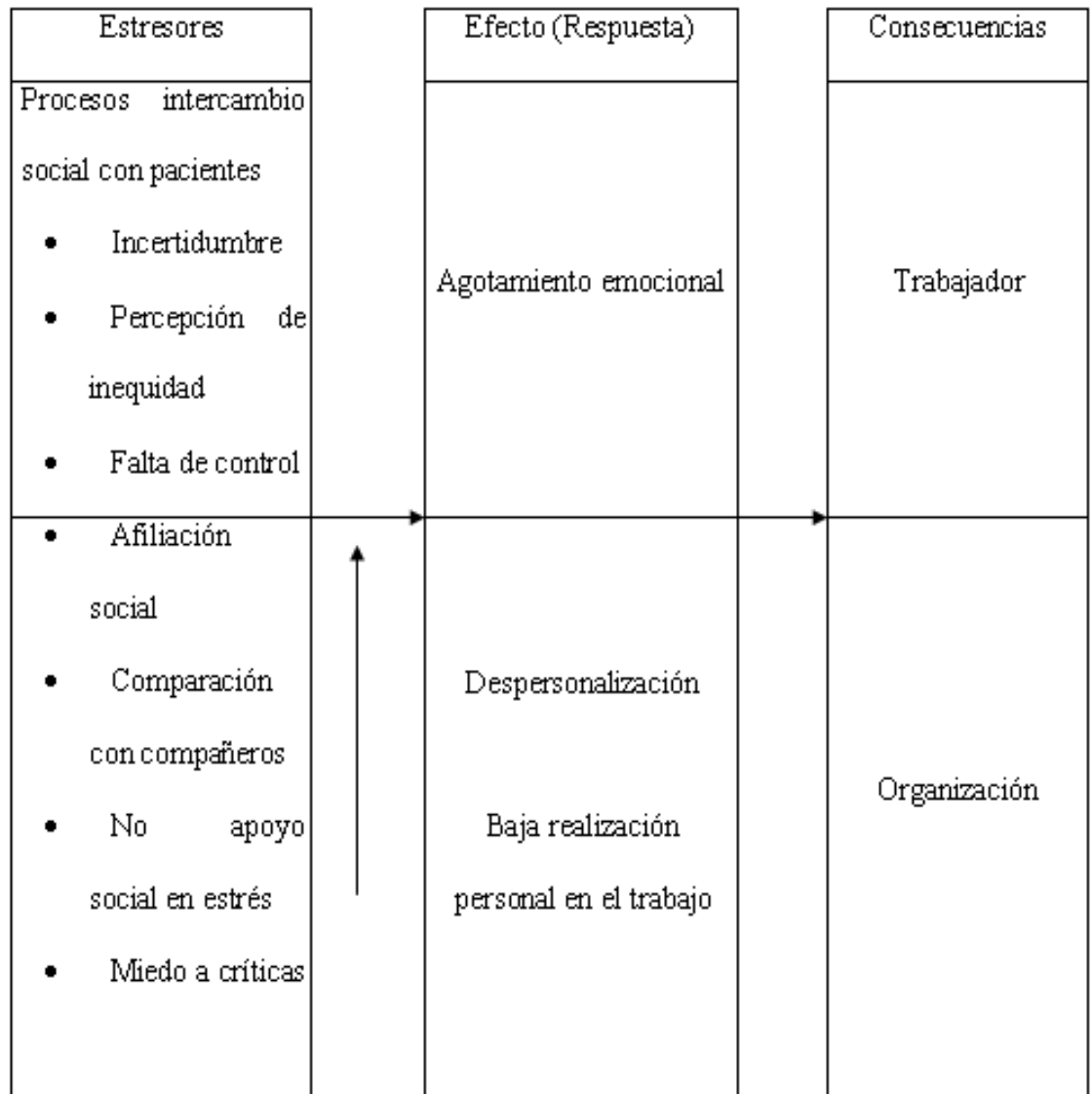


1.4.4 Modelos basados en las teorías del intercambio social

Los modelos basados en las teorías del intercambio social consideran principalmente los principios de la teoría de la equidad (**modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli, 1993**) o de la teoría de la conservación de recursos (**modelo de Hobfoll y Freedy, 1993**).

Proponen que el burnout tiene su etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Si de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo.

Modelo de Buunk y Schaufeli



Variables de personalidad
<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima • Reactividad • Orientación en intercambio

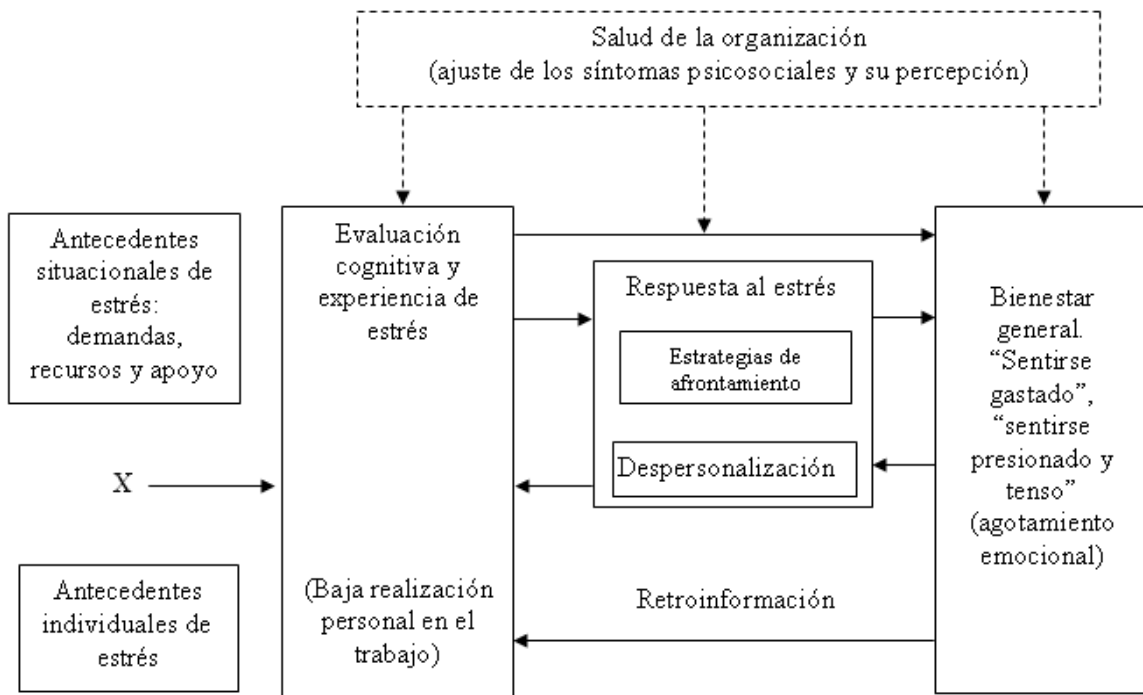
1.4.5 Modelos basados en la teoría organizacional

Los modelos basados en la teoría organizacional incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional.

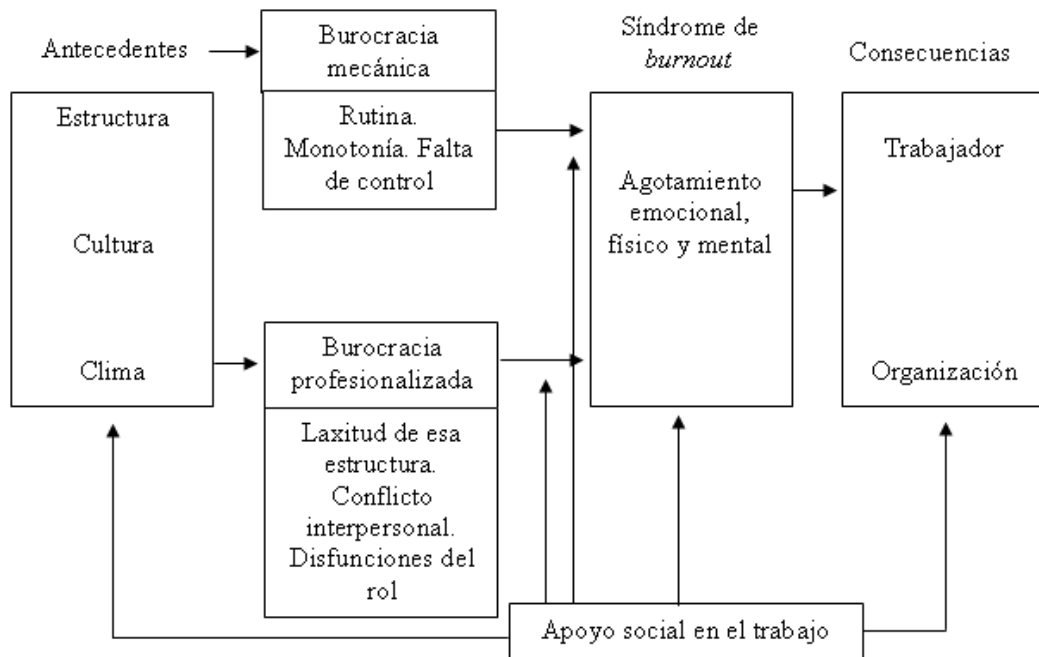
Según Gil-Monte y Peiró (1999) son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Todos ellos incluyen el burnout como una respuesta al estrés laboral.

Pertenecen a este grupo el **modelo de Golembiewsky, Munzenrider y Carter (1983)** que destaca las disfunciones de los procesos de rol, y de manera especial la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del burnout; el **modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)**, destaca la importancia de la salud de la organización y el **modelo de Winnubst (1993)** enfatiza la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional, en relación con el modelo de Mintzberg (1979) que hace especial mención a la cultura empresarial.

Modelo de de Cox, Kuk y Leiter



Modelo de Winnubst



1.4.7 Modelo Transaccional del estrés

Dentro de este apartado haremos mención a un **modelo** derivado de la conceptualización **transaccional del estrés (Lazarus 1985, 1993, 1999)** que pudiera explicar los motivos por los cuales, los individuos a pesar de tener los mismos estresores laborales en el caso que nos ocupa, responden a ellos de manera diferente, pudiendo en ocasiones derivar en el burnout.

El modelo transaccional del estrés centra su atención en los procesos cognitivos, evaluativos y motivacionales que intervienen entre el estresor y la reacción del individuo. Podemos observar la similitud de este modelo con los RRG de Antonvsky (1979). El núcleo de esta aproximación transaccional es que el estímulo potencialmente estresante puede llevar a respuestas emocionales diferentes, en función de las evaluaciones cognitivas realizadas por el individuo acerca de la situación y sus recursos.

Una ventaja importante de esta aproximación es que pone de manifiesto los procesos psicológicos que median los efectos de los estresores sobre el bienestar. Un término interesante dentro de este campo es el de equilibrio, de esta manera Cox y McKay (1981) indican que el

estrés es visto como una transacción entre las demandas y limitaciones externas, apoyos, recursos internos y valores, en la cual el individuo se esfuerza para mantener la balanza en equilibrio.

Lazarus y Folkman (1984) señalan que el estrés sólo se caracteriza adecuadamente si se toma en consideración tanto la situación ambiental, como la particular relación en la que se encuentra el individuo respecto de esa situación a lo largo del tiempo.

Una definición destacable dentro de esta aproximación es la de Caplan, Cobb, French, Harrison, y Pinneau (1976) quienes definen el estrés como: “cualquier característica del ambiente laboral que suponga una amenaza para el individuo, ya sean demandas excesivas o recursos insuficientes para cubrir sus necesidades. El estrés también se refiere a un desajuste entre la persona y su ambiente”.

Por su parte, McGrath (1976) conceptualizó el estrés como el resultado de que las demandas ambientales excedan las capacidades y recursos de la persona, bajo condiciones en las que las consecuencias de

cumplir, o no cumplir, las demandas pueden producir una diferencia sustancial en recompensas o costes.

Actualmente esta perspectiva transaccional es la concepción más extendida del estrés, focalizada en los procesos cognitivos, evaluativos y mediacionales que intervienen entre el estresor y la reacción de estrés.

Una vez expuesto este modelo podríamos señalar que ya que un mismo estímulo estresante puede derivar en respuestas emocionales diferentes en diversos individuos, dependiendo de su valoración cognitiva de la situación y de sus recursos, podríamos dirigir la mayor parte de los esfuerzos preventivos a potenciar los recursos de los trabajadores, para de este modo disminuir o paliar la incidencia del burnout, independientemente de que se pudiera actuar en cambios organizacionales.

1.5 EVOLUCION DE LAS DIMENSIONES DEL BURNOUT

Otro aspecto en el que no se ponen de acuerdo los diferentes autores es con respecto a como se desarrolla el burnout, es decir, cual de las dimensiones da lugar a la aparición de las otras, así como cuales son las relaciones existentes entre ellas. En este punto señalaremos las propuestas de los modelos teóricos más significativos.

En el modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) primero se desarrollaría la despersonalización, luego la baja realización personal y por último el agotamiento emocional.

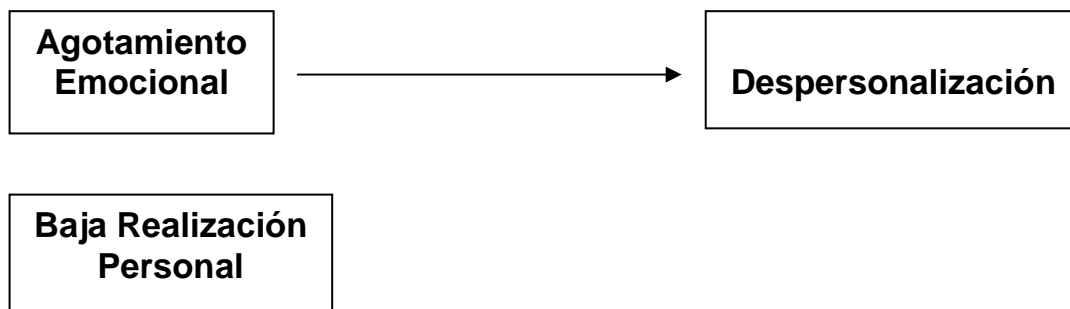


Para Leiter y Maslach (1988), el agotamiento emocional es el elemento central del síndrome, del que se derivarán la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo.

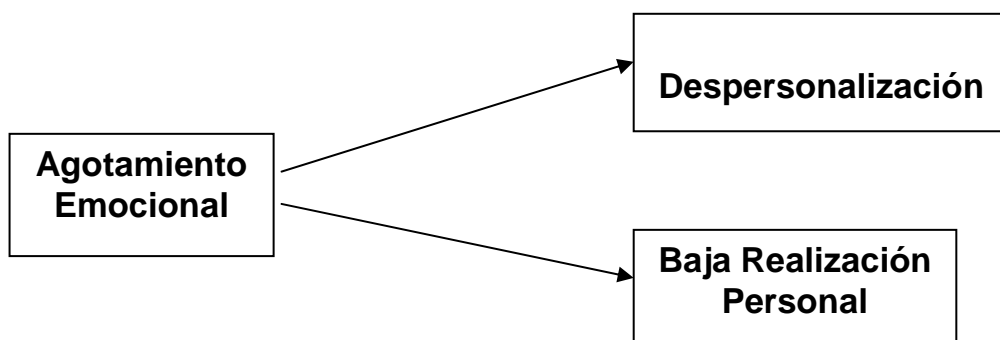


En el modelo modificado de Leiter (1993), la baja realización en el trabajo es considerada como una variable no relacionada causalmente con

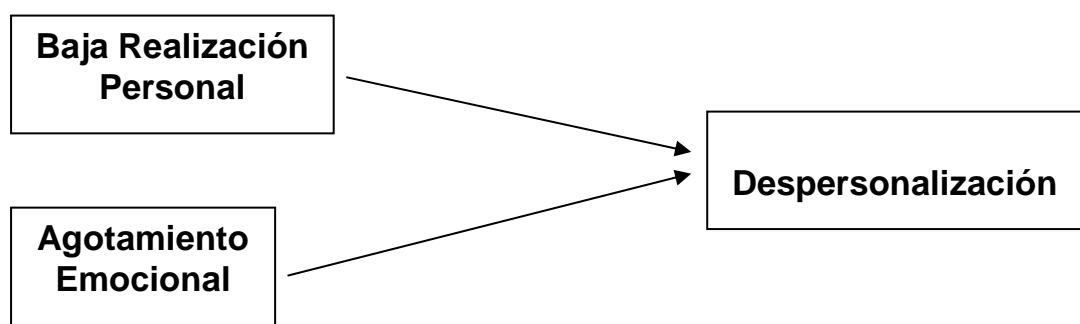
el agotamiento emocional ni con la despersonalización; el agotamiento emocional como producto de la respuesta continuada a estresores, estrés prolongado o crónico, desarrolla las actitudes de despersonalización en la persona.



El modelo de Lee y Ashfoth (1993a) presenta la despersonalización y la baja realización personal como efectos contingentes al agotamiento emocional; la despersonalización y la baja realización personal constituyen los componentes actitudinales del burnout.



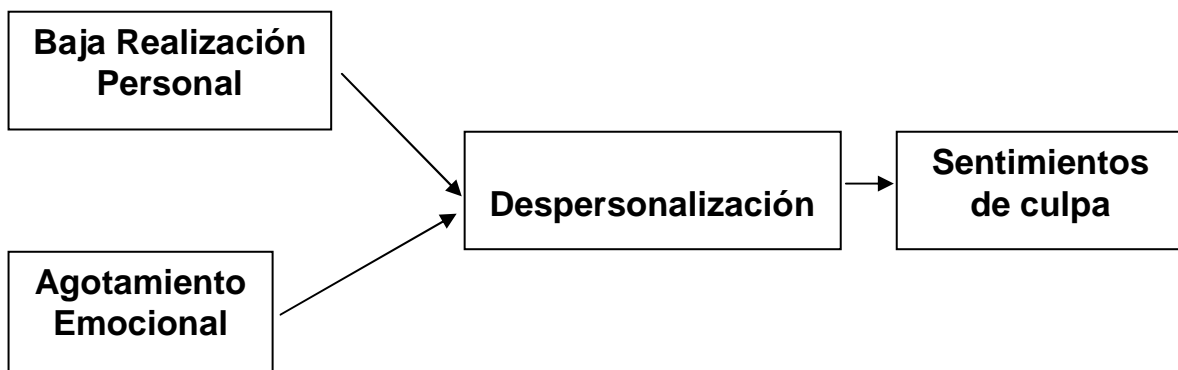
El modelo diseñado por Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), resalta el desarrollo de sentimientos de baja realización personal en el trabajo y, paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización son subsecuentes y se interpretan como una estrategia de afrontamiento.



Más tarde se incorpora el sentimiento de culpa en el proceso de burnout. Es posible identificar dos perfiles en la evolución del burnout: uno, caracteriza a los trabajadores que no desarrollan sentimiento de culpa intensos y que aunque sufran burnout, se pueden adaptar al entorno laboral, por lo que el síndrome no resulta incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral, a pesar de que ésta sea deficiente para los usuarios, pacientes, clientes, etc. y para la organización.

Otro incorpora la aparición de sentimientos de culpa como un síntoma más del burnout. La aparición de sentimientos de culpa puede originar un

círculo vicioso en el proceso de burnout que intensifica sus síntomas y lo hace perverso. Los sentimientos de culpa llevarán a los trabajadores a una mayor implicación laboral para disminuir su remordimiento, pero como las condiciones del entorno laboral no cambian se incrementará la baja realización personal en el trabajo y el agotamiento emocional y aparecerá de nuevo la despersonalización. Este proceso desarrollará de nuevo sentimientos de culpa o intensificará los existentes originando un bucle que mantendrá o incrementará la intensidad del burnout (Gil Monte, 2005; Gil Monte, 2007). De esta manera a medio o largo plazo se producirá un deterioro de la salud del trabajador.



1.6 VARIABLES Y ESTRESORES LABORALES PREDICTORAS DEL BURNOUT

Procederemos a enumerar todas aquellas variables que han sido identificadas como predictoras del burnout por diversos autores y determinaremos los estresores laborales relacionados con las diferentes variables. Las variables vendrán clasificadas en seis apartados que serán por un lado las variables personales diferenciadas en dos grupos, variables afectivo-cognitivas-emocionales y variables biológico-demográficas; seguidamente se comentan las variables del contexto ambiental a nivel general; para finalizar con las variables diferidas de los sistemas de organización laboral, que diferenciaremos en tres grupos, variables organizacionales, variables derivadas del contexto laboral y variables estructurales.

1.6.1 Variables personales afectivo-cognitivas-emocionales

Demandas emocionales: Garden (1989) comenta que tales demandas son un antecedente objetivo del burnout, entendiendo que a mayores demandas mayor probabilidad de padecer el burnout. Un aspecto fundamental es el hecho de que el individuo perciba que se le hacen abrumadoras dichas demandas emocionales (Peinado y Garcés, 1998). Esta indicación sobre la percepción individual de las demandas emocionales nos parece especialmente importante para reconocer el

aspecto esencial de la afectación de este síndrome por características individuales psicológicas de las personas, con el fin de orientar el tratamiento o la prevención a recursos personales antes que organizacionales.

Indefensión aprendida: Ensiedel Y Tully (1981) plantean el paradigma de la indefensión aprendida para explicar el burnout, relacionándolo principalmente con el nulo control sobre la situación o evento aversivo, entendiendo por tal la enfermedad y su manejo.

Personalidad resistente: Este patrón de personalidad se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia las tareas a realizar en cualquier ámbito de la vida o compromiso hacia sí mismo, por una tendencia a valorar los cambios de la vida con una actitud de desafío en lugar del sentimiento de verse amenazado y por una percepción de control del ambiente (Kobasa, 1982). Según Rich y Rich (1987) las personas con este tipo de personalidad previenen o reducen la incidencia del burnout.

Patrón de conducta tipo A: Este patrón es característico de individuos con altos componentes de competitividad, agresividad, esfuerzo

por conseguir el éxito, prisas, impaciencia, inquietud, exceso de responsabilidad, etc. Según Nagy y Davis (1985) este patrón predispone al burnout. Si bien, en determinados contextos, la presencia de este patrón de conducta puede favorecer un rendimiento laboral más alto con resultados favorables a corto plazo. A largo plazo, puede provocar deterioros importantes en la salud de las personas y considerables deficit en su rendimiento (Cooper, 1988, Parkes, 1998; Buceta y Bueno, 2001).

Estrategias de afrontamiento inadecuadas: Es evidente el hecho de que no emplear o poseer recursos personales o estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a las diversas situaciones supone un aumento de la posibilidad de padecer burnout. Diversos autores señalan la importancia que presenta esta variable (Etzion y Pines, 1986; Greenglass, Burke y Ondrack, 1990; Seidman y Zager, 1991). Según Leiter (1991a) las estrategias de escape aumentan la probabilidad de sufrir Burnout, mientras que las estrategias de control la disminuyen. Por otra parte, Kushnir y Relamed (1992) manifiestan que la disminución de los recursos de afrontamiento es una característica clara de los individuos que padecen el burnout.

Auto eficacia: Según Leiter (1992) la existencia de crisis de auto eficacia incrementa la probabilidad de sufrir burnout. Es la propia percepción de eficacia en las tareas a realizar, especialmente en aquellas en las que “ponemos a juego” nuestra valía personal, una variable relevante en este contexto.

Neuroticismo/ansiedad-rasgo: Las personas que tienen una valoración sesgada de las situaciones potencialmente estresantes, con clara tendencia a percibir las del modo más amenazante posible y a infravalorar sus recursos de afrontamiento, serán más vulnerables al estrés. Cebriá, Segura, Corbella, Sos, Comas, García et al. (2001) en un estudio sobre rasgos de personalidad y burnout, encontraron asociación positiva entre ansiedad e inestabilidad emocional y elevados niveles de cansancio emocional y despersonalización.

Baja tolerancia a la ambigüedad: La tendencia a valorar las situaciones ambiguas como amenazantes también aumenta la vulnerabilidad al estrés. Sin embargo, es preciso tener en cuenta el ajuste entre el individuo y la situación, Así, las personas con baja tolerancia a la ambigüedad funcionarán bien en ambientes laborales muy estructurados en los que las normas están perfectamente claras (Peiró y Salvador, 1993).

Locus de control: Según Lazarus y Folkman (1986) el locus de control interno hace referencia a la creencia de que los acontecimientos son contingentes con la conducta del individuo, y el locus de control externo a que los acontecimientos no dependen de la conducta del individuo, sino de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás. Estas creencias suelen ser relativamente estables. Las personas con locus de control interno, al percibir que tienen control sobre las situaciones, tienen expectativas de afrontamiento más favorables y se enfrentan a los problemas realizando acciones que contrarrestan los efectos de las situaciones adversas. Las personas con locus de control externo son más propensas al desamparo, la vulnerabilidad y la insatisfacción laboral. No obstante en actividades de carácter repetitivo, o donde es poco probable que se pueda ejercer algún control externo mostrarán menos síntomas de malestar (Parkes, 1998).

Interés social: Definida esta característica como el interés activo en fomentar el bienestar humano (Ansbacher y Ansbacher (1956), los autores Smith, Watstein y Wuehler (1986) señalan que conforme decrece el interés social en la persona aumenta la probabilidad de padecer burnout.

Auto-concepto vs. Autoestima: Diversos autores como Sarros y Friesen (1987) y Friedman y Farber (1992) señalan que un auto concepto negativo de uno mismo predispone al burnout.

Expectativas personales: Las expectativas ante los sucesos vitales que no se cumplan aumentan el riesgo de padecer burnout (Cordes y Dougherty, 1993).

1.6.2 Variables personales biológico-demográficas

Sexo: Maslach y Jackson (1985) han comprobado que las mujeres son más propensas que los hombres a las dimensiones de agotamiento emocional y reducida realización personal, mientras que los hombres lo son en la dimensión de despersonalización. La variable sexo está ligada a una serie de características relacionadas con el trabajo que predisponen especialmente a la mujer a padecer el burnout por presentar un mayor conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos familia-trabajo, entre otras Pines y Kafry (1981), Etzion y Pines (1986), Grennglass, y Burke (1988). Para Parkes (1998) la experiencia de estrés en trabajadores parece más ligada a los roles sexuales que a diferencias puramente biológicas.

Rout (2001) destaca como ejemplo, el creciente estrés de las mujeres que se han incorporado al mundo laboral, manteniendo toda la responsabilidad respecto a sus familias y tareas domésticas.

Edad: En general, se ha observado que en los trabajadores de más edad hay una serie de circunstancias que producen sobrecarga y estrés: el trabajo con presión en el tiempo, el uso de nuevas tecnologías, las tareas que exigen un alto nivel de vigilancia, el trabajo por turnos y nocturno, etc.; sin embargo estos mismos individuos tienen un mejor conocimiento de sus propios recursos y una mayor experiencia ante una gran variedad de situaciones, lo que puede proporcionar una mayor capacidad de respuesta para afrontar situaciones difíciles y compensar, en muchos casos, la disminución de su capacidad de trabajo (Hadziolova, 1988).

1.6.3 Variables del contexto ambiental

Apoyo social: Smith, Birch y Marchant (1984) mantienen que las relaciones familiares y/o de pareja positivas confieren a la persona inmunidad a padecer el burnout. Un numeroso grupo de estudios han mostrado que la falta de apoyo social por parte de los propios compañeros

de trabajo correlaciona con la aparición del burnout (Burke, Shearer y Deseca 1984; Ross, Altmaier y Russel, 1989), Firth, McIntee, McKeown y Britton (1987) indican que la falta de empatía por parte de aquellas personas que pudieran ofrecer apoyo sería una variable predictora del burnout. Freedy y Hobfoll (1994) señalan que a menor apoyo social existen más posibilidades de padecer burnout.

Comunicación: Sarron y Friesen (1987) plantean que cuando los flujos comunicativos se deterioran más en el ambiente social del individuo, la aparición del burnout aumenta.

Satisfacción vital: Esta variable describe la sensación de felicidad y agrado que el individuo presenta con su estilo de vida y las interacciones que se producen como consecuencia de él. Lee y Ashfort (1993a, b) indican que a menor satisfacción vital más burnout, en concreto mayor nivel de agotamiento emocional.

Exigencias vitales: Golembiewski y Munzenrider (1988) señalan que las demandas intensas y los requerimientos de un compromiso completo en

los diversos aspectos de la vida (matrimonio, familia, amistades, etc.) pueden causar burnout.

Recursos de afrontamiento familiares: Leiter (1990) plantea que cuando la familia facilita la puesta en marcha de diversos recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar a burnout, la persona presenta menor vulnerabilidad a su padecimiento y por otra parte, el hecho de que ocurran problemas familiares que estén distorsionando el funcionamiento normal de la dinámica del hogar, predispone a sufrir burnout.

1.6.4 Variables diferidas de los sistemas de organización laboral.

1.6.4.1 Variables Organizacionales.

Sobrecarga de trabajo: Según Leiter (1990) señala que la carga de trabajo, el nivel de demanda experimentado, se asocia especialmente con el cansancio emocional, mientras que estaría menos vinculada a las conductas de despersonalización y a los sentimientos de disminución en la realización personal. Burke y Richardsen (1996) consideran que las

puntuaciones de burnout son siempre altas en los contextos laborales caracterizados por la sobrecarga de trabajo.

Conflicto y ambigüedad de rol: Estas variables han sido frecuentemente identificadas como factores asociados a la aparición del burnout (Schwab, Jackson y Schuler, 1986). Los estudios efectuados han encontrado que la presencia de altos niveles de conflicto se asocia al cansancio emocional y al desarrollo de conductas de despersonalización y, en general, de actitudes negativas hacia los clientes, aunque no en una disminución de la realización personal (Friesen y Sarros, 1986; Schwab et al., 1986).

Falta de control o de autonomía en el trabajo: Esta variable contribuye igualmente al desarrollo del burnout (Pines et al., 1981). Según Jackson (1983), la participación en la toma de decisiones contribuye significativamente a la despersonalización, pero no a los otros componentes del burnout. Landsbergis (1988) ha encontrado que entre los profesionales de la salud, la latitud de decisión contribuye a los tres componentes del burnout. El modelo de Karasek (1979) predice que las tareas que combinan una alta demanda y una baja latitud de decisión se asocian más claramente a los procesos de burnout.

Incongruencia organizacional: Se refiere a la falta de eficacia en la obtención de los propios objetivos por parte de la institución o centro laboral. Cox, et al. (1993) han propuesto que la salud “healthiness” de la organización está relacionada con los niveles de burnout de sus empleados.

1.6.4.2 Variables del contexto laboral

Carga mental del trabajo: Según Nogareda (NTP-179) redactora del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo y haciendo referencia al método diseñado por el Laboratorio de Economía y Sociología del Trabajo, se evalúa la carga mental a partir de cuatro indicadores:

a) Apremio de tiempo, determinado en trabajos repetitivos por la necesidad de seguir una cadencia impuesta y en los trabajos no repetitivos por la necesidad de cumplir un cierto rendimiento, b) Complejidad-rapidez, que sería el esfuerzo de memorización, o número de elecciones a efectuar, relacionado con la velocidad con que debe emitirse la respuesta, c) Atención, que es el nivel de concentración requerido y continuidad de este esfuerzo y d) Minuciosidad, que se tiene en cuenta en trabajos de precisión como una forma especial de atención.

Todas estas características son representativas del personal sanitario, por lo que la carga mental es un estresor especialmente importante para estos trabajadores.

Inadecuación profesional: Ayuso y López (1993) indican que la no adaptación al perfil profesional y la inadaptación personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que desempeña podrían ser unas de las posibles causas del burnout.

Adicción al trabajo: Esta acepción se aplica a aquellos individuos que presentan una absoluta dedicación al trabajo, por encima de otras actividades familiares o personales. Nagy y Davis (1985) describieron a estas personas como más propensas a padecer burnout.

Vivencia continua del sufrimiento y de la muerte: Es un importante y específico estresor del trabajo de enfermería (Más, Escribá y Cárdenas, 1999).

Trabajo por turnos y nocturno: Este tipo de trabajo influye en los ritmos neurofisiológicos y circadianos (temperatura corporal, índice

metabólico y concentración de azúcar en sangre, eficiencia mental, etc) pudiendo dar lugar a problemas de sueño y fatiga, siendo valorado por los profesionales como una importante fuente de estrés (Gracia, Peiró y Ramos, 1996; Blasco, Irlles y Huet, 1996).

Según hace referencia Daleva (1988), es frecuente que los trabajadores sometidos a este régimen se quejen de aislamiento social, puesto que es difícil mantener una vida familiar y social normal en estas circunstancias.

Ergonómicos: En ocasiones los trabajadores se encuentran con riesgos de tipo físico (ruido, iluminación, temperatura, radiaciones, etc.), químico (gases, vapores, etc.), biológicos (infecciones virales y bacterianas, etc.) y relacionados con la fatiga (riesgos posturales, cargas excesivas, etc.), así como disposiciones de espacio físico (ausencia de intimidad, hacinamiento) y de los elementos necesarios para desarrollar el trabajo (pantallas de ordenador, equipos e instrumentos inadecuados, deficiencias de mantenimiento), susceptibles de convertirse en fuentes de estrés (Bueno y Celma, 1999; Sebastián, 1995).

Uso de las nuevas tecnologías: La incorporación en el trabajo de tecnologías con las que el trabajador no está familiarizado, como la informatización, así como la introducción de nuevas formas de organización pueden producir estrés (Castilla, Ojeda, Checa, González, y Puras, 2000; Blanco, 2000).

1.6.4.3 Variables estructurales

Cherniss (1980) expuso los principales generadores de burnout a nivel estructural, detallándolos en tres niveles: generales, propios del trabajo y dependientes de la dirección. Utilizaremos dicha clasificación para exponer las diferentes variables estructurales.

Variables estructurales generales: Como la planificación o desarrollo de la carrera profesional en cuanto a los ascensos que pueden suponer un sobreesfuerzo físico y mental o ascensos insuficientes o inexistentes que propician la aparición de sentimientos de insatisfacción (Fernández, Villagrasa, Gamo, Vázquez, Cruz y Aguirre, 1995; Acámer, López, López-Torres, 1997), de fracaso y que pudieran estar relacionados con alteraciones fisiológicas y conductuales.

Variables estructurales propias del trabajo: Entre las que se incluyen los objetivos laborales, las características de las tareas, las condiciones físicas y sociales del ambiente de trabajo, el nivel de demanda laboral en cuanto a medios y recursos, la falta de preparación adecuada al trabajo específico a realizar, etc.

Variables estructurales dependientes de la dirección: Tales como los estilos de gestión y dirección, las formas de supervisión y el apoyo adecuado o no por parte del supervisor son factores determinantes en el grado de satisfacción o de tensión en los empleados (Arizeta, Portillo y Ayestarán, 2001).

Diferentes investigaciones han encontrado que el burnout se asocia a determinados estilos directivos autoritarios (Dick, 1986), e igualmente Fong (1990) ha encontrado que el apoyo de supervisores y el apoyo social del grupo va unido a menores niveles de burnout.

1.7 CAUSAS DEL BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS

El colectivo donde más se han estudiado las causas del síndrome de burnout ha sido en personal sanitario: odontólogos, médicos, enfermeras, auxiliares, etc.

En cuanto a la aparición del burnout en odontólogos (Alvarez Quesada C, Hinojosa C, Arriaga A, Carrillo JA, Pernia I., 2003), se han identificado una serie de factores causales relacionados con el entorno laboral. Uno de estos factores es el número de pacientes por odontólogo, así cuanto mayor es la institución en la que el profesional trabaja y mayor el número de pacientes a los que trata, mayor es el cansancio emocional.

También se ha visto que la satisfacción de los profesionales es menor a medida que disminuyen sus posibilidades terapéuticas y que aquellos que pasan más tiempo en contacto con los pacientes tienen más posibilidades de padecer éste riesgo. Igualmente, aquellos profesionales en los que existe una gran discrepancia entre sus expectativas laborales y sus condiciones de trabajo, en cuanto a salario, estabilidad en el empleo, progreso, autonomía y apoyo social, están expuestos al riesgo de burnout con mayor frecuencia.

Además, a todas estas causas laborales hay que sumar causas personales que pueden precipitar la aparición del burnout en odontólogos, nos referimos a cambios significativos de la vida que pueden generar estrés como la muerte de un familiar, divorcio, nacimiento de los hijos, cambio de status social... También situaciones de relevancia de la vida cotidiana, sobre todo si son nuevas, generan conflictos difíciles de resolver o resultan desagradables o molestas, como una enfermedad, van a producir alteraciones emocionales que pueden conducir a la aparición del burnout.

A parte de los profesionales de la odontología, el burnout ha sido muy estudiado en personal sanitario del ámbito de la medicina y la enfermería.

Las causas del burnout en estos profesionales las podemos dividir en tres grandes grupos, y así hablaremos de factores de la personalidad, características sociodemográficas y causas laborales.

Las ***características de la personalidad*** que se han asociado con el riesgo de burnout en personal sanitario han sido fundamentalmente la personalidad neurótica, que incluye ansiedad, hostilidad, depresión y vulnerabilidad; también se ha relacionado con el burnout a las personas con locus de control externo, el patrón de conducta tipo A, la extroversión, la

rigidez, la dureza, independencia, afabilidad, estabilidad, autosuficiencia, perfeccionismo, tensión...

Para Maslach, el neuroticismo, se une de forma positiva al burnout, de forma que los individuos neuróticos son emocionalmente inestables y propensos a la angustia psicológica (Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP., 2001). Sin embargo, en un estudio realizado en personal sanitario hospitalario (Hernandez GL Olmedo E. 2004), se ha encontrado una relación significativa y negativa entre las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y el neuroticismo.

El siguiente riesgo de la personalidad que se asocia con el burnout es el locus de control externo, de forma que los profesionales sanitarios con este locus de control tienen mayor tendencia a la insatisfacción por el trabajo, al estrés y al burnout, especialmente a la dimensión de despersonalización.

El patrón de conducta tipo A, con sus tres factores, competitividad, impaciencia e implicación laboral, también se correlaciona de forma

significativa y positiva con el burnout en personal sanitario, en este caso con las tres dimensiones del riesgo.

En cuanto a la rigidez, que incluye la autoexigencia rígida en el trabajo (valoración del trabajo por encima de cualquier cosa), el esfuerzo personal y actitud de élite (sobreevaluación personal tanto a nivel de capacidad como de esfuerzos para lograr los fines propuestos, junto con un sentimiento de pertenecer a un grupo de élite) y el principalismo social (aceptación y sobreevaluación de los principios de funcionamiento que sostienen el sistema social y laboral), se han asociado con mayor tendencia a padecer el riesgo de burnout en el citado estudio realizado en personal sanitario hospitalario.

De igual forma, se ha relacionado la aparición del burnout con los rasgos de la personalidad en médicos de familia (Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, 2001). En este caso se ha visto como existe una importante correlación entre la ansiedad y los niveles elevados del burnout. Así, los cuatro componentes principales de esta dimensión de ansiedad, es decir, la estabilidad, la vigilancia, la aprensión y la tensión se correlacionan de forma significativa con al menos dos de las tres escalas del burnout.

La estabilidad emocional se ha asociado negativamente con el cansancio emocional y la despersonalización y positivamente con la realización personal. En sentido contrario, la tensión se ha asociado positivamente con las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y negativamente con la realización personal.

En cuanto a la vigilancia, en este estudio apareció relacionada de forma positiva con las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización, y en cuanto a la aprensión se asoció al cansancio emocional, pero también con la despersonalización de forma positiva y con la realización de forma negativa, en la muestra de mujeres.

Otros rasgos de la personalidad, como bajos niveles de afabilidad, estabilidad y atrevimiento y altos niveles de dureza, se asociaron con las menores puntuaciones obtenidas en la dimensión de realización personal. En el caso de los varones, estas bajas puntuaciones se asociaron también con menores niveles de perfeccionismo y autocontrol. Y en el caso de las mujeres, las menos realizadas obtuvieron menores puntuaciones en animación y sensibilidad.

En cuanto a las **características socio-demográficas** que influyen en la aparición del burnout en personal sanitario, en el sexo, la edad, el estado civil y la presencia de hijos no hay diferencias en cuanto a lo ya comentado en las causas generales del burnout.

Existen trabajos que ponen de manifiesto la escasa asociación entre estos factores clásicos y el burnout, dando más importancia a las características propias del entorno laboral (Moreno B, Gonzalez JL, Garrosa E, Peñacoba C, 2002).

En la literatura no existe acuerdo en la relación entre el burnout y la antigüedad en la profesión y en el puesto de trabajo en personal sanitario. Algunos autores han encontrado que el riesgo de burnout sería más frecuente después de los diez primeros años de ejercicio profesional, de forma que tras este período ya se habría producido la transición de las expectativas idealistas a la práctica cotidiana, viéndose como las recompensas profesionales y económicas no son, ni las prometidas, ni las esperadas (Hillhouse JJ, Adler CM, 1997). Sin embargo, otros estudios han encontrado que los primeros años de trabajo serían los más vulnerables para el desarrollo del riesgo, de forma que a medida que aumenta la

experiencia profesional disminuiría el cansancio emocional (Albar MJ, Romero M, Gonzalez MD, Carballo E, García A, Gutierrez I., 2004).

Por lo que se refiere a los **factores laborales** que influyen en la aparición del riesgo de burnout en personal sanitario, vamos a diferenciar varios grupos de causas.

En primer lugar hay que citar la sobrecarga laboral como causa de burnout, que se relaciona fundamentalmente con la dimensión de cansancio emocional.

En nuestro entorno, la sobrecarga laboral en personal sanitario es considerada un factor de riesgo psicosocial importante, posiblemente sea debida a la masificación y a la fuerte presión asistencial para reducir las listas de espera, y puede estar causada por una mala organización de los servicios sanitarios, generalmente con falta de personal tanto sanitario como no sanitario. Por tanto, existe falta de tiempo para el desarrollo de las actividades clínicas, que se hace especialmente patente cuando se trata de compatibilizar la actividad asistencial con otras de gestión, docencia e investigación (Escribá Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. 2002).

También hay que considerar ***el trato con pacientes y familiares*** como una causa importante de burnout en profesionales sanitarios.

En los profesionales sanitarios, el contacto con el sufrimiento y con la muerte de los pacientes constituye otro factor de riesgo psicosocial de gran importancia, que además es considerado por los facultativos de una forma diversa. Así, una gran parte de los mismos considera que el trabajar con el sufrimiento físico es algo inherente a su profesión, aunque no por ello deje de afectarles. Para la mayoría, el sufrimiento y la muerte constituyen una característica de su trabajo a las que se acostumbran a medida que adquieren mayor edad y experiencia profesional. En todos los casos, una de las actitudes más generalizadas es establecer una distancia suficiente con la situación del paciente, para así poder desarrollar una relación asistencial de calidad (Escribá Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. 2002).

En cuanto la relación médico-paciente, un aspecto clave es la cantidad y el grado de contacto mantenido con los pacientes, este contacto puede ser muy gratificante, pero puede exigir grandes demandas emocionales, por lo que el trabajo clínico y las especialidades médicas con predominio de enfermos crónicos, graves, oncológicos y terminales son más proclives a la aparición del riesgo de burnout.

En este sentido, en varios estudios se ha comprobado como las dimensiones del riesgo son más frecuentes en los servicios hospitalarios de oncología y urgencias. Así, en un trabajo realizado en personal de enfermería hospitalario, se ha observado como las variables de agotamiento emocional y de burnout son estadísticamente mayores en los trabajadores de oncología y urgencias, y la despersonalización es superior en el personal de urgencias (Alvadalejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V, 2004).

Otro aspecto a tener en cuenta es la motivación laboral, es decir, las recompensas que el profesional sanitario recibe de acuerdo con el trabajo realizado. Se incluyen tanto el reconocimiento social, como las recompensas financieras (el salario) y las recompensas intrínsecas.

El reconocimiento social, es decir, el reconocimiento del trabajo por parte de la dirección, de los compañeros de trabajo y de los pacientes está relacionado con el burnout, y así se ha visto como los profesionales que hallan su labor poco reconocida por jefes y pacientes tienen peores puntuaciones en las tres subescalas del burnout (Alvadalejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V, 2004).

Ocurre lo mismo cuando existe una inadecuada motivación intrínseca, es decir, cuando hay un grado bajo de identificación con el centro de trabajo.

En cuanto al salario, no es lo más importante para motivar al profesional de la salud, no obstante, un salario bajo, no adecuado con la responsabilidad de estos profesionales, así como unas condiciones laborales y organizativas que no faciliten el desarrollo profesional son factores a tener en cuenta para la aparición del burnout en personal sanitario.

Otro de los factores laborales que se ha descrito como causa del burnout es la ausencia de **apoyo social**. Nos referimos al apoyo social en cuanto al entramado de relaciones sociales que complementan los recursos personales para el desarrollo del afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, e incluye tanto a los vínculos informales, amigos y familiares, como a los vínculos formales, jefes/supervisores y compañeros de trabajo.

Así, se ha observado que existe una correlación entre las tres dimensiones del burnout y los estilos de supervisión en el puesto de trabajo,

de forma que la presencia del jefe es necesaria y su estilo de dirección y liderazgo tiene repercusiones sobre el desarrollo de este riesgo en sus empleados.

El apoyo social por parte de familiares y amigos es fundamental para prevenir la aparición del burnout. También son importantes las relaciones de compañerismo basadas en el trabajo en equipo, ya que con ayuda de los demás el profesional afronta mejor las demandas laborales (Albar MJ, Romero M, Gonzalez MD, Carballo E, Garcia A, Gutierrez I, 2004).

También influyen en la aparición del riesgo de burnout en personal sanitario ***la imparcialidad y el conflicto de valores.***

Es importante que los profesionales de la salud perciban la existencia de imparcialidad en su lugar de trabajo. Imparcialidad en cuanto a la igualdad en el reparto de las tareas y en cuanto a las evaluaciones y promociones del personal. La carencia de parcialidad a nivel laboral se relaciona con la aparición de dos dimensiones del burnout: el cansancio emocional y el cinismo.

En lo relativo al conflicto de valores, en algunas ocasiones el personal sanitario se puede ver obligado a realizar actividades poco éticas, en desacuerdo con sus valores, pudiendo existir un desajuste entre las aspiraciones personales para su carrera profesional y los valores de la organización.

Otras causas de insatisfacción en la práctica de la Medicina, que pueden llevar a la aparición del burnout, son **la burocratización del trabajo**, la práctica de una **medicina defensiva**, la aparición de **expectativas dispares** en los profesionales de la medicina y **la falta de tiempo** por paciente.

La práctica de la medicina defensiva, entendida como la estrategia de usar pruebas y procedimientos médicos principalmente para impedir las demandas de los pacientes más que para conseguir su bienestar, influye en el malestar de la profesión médica, y así compromete la integridad profesional del médico, aumenta el distanciamiento entre el médico y el paciente y aumenta los gastos médicos. Además los profesionales de la medicina que han sido demandados en más de una ocasión, independientemente de los resultados judiciales de las demandas, afirman tener sentimientos de vergüenza, dudas sobre sí mismos en cuanto a su

capacidad profesional y desilusión en la práctica de la Medicina, sentimientos que pueden persistir durante largos períodos de tiempo y pueden influir en la aparición del riesgo de burnout.

La aparición de expectativas dispares en los profesionales de la Medicina, nos referimos a la discrepancia que pueda existir entre lo que los pacientes exigen o esperan obtener del médico y lo que éstos son capaces de lograr en la realidad. También se incluyen la discrepancia entre las normas que los médicos han aprendido durante su período de formación académica y las acciones forzadas por la práctica cotidiana, la desigualdad en la práctica de la medicina hace 50 años y la que se practica en la actualidad y la divergencia entre los avances alcanzados por la ciencia médica y los resultados limitados que la mayor parte de los médicos pueden ofrecer de forma individual. Todas estas discrepancias hacen que afloren sentimientos de culpabilidad en el médico y que se produzca un distanciamiento con sus compañeros de trabajo y con sus pacientes.

Un aspecto a tener en cuenta, es el papel de “doble agentes” que los médicos tienen que realizar, por una parte en la práctica habitual de la medicina para la cual se han formado, y por otra como profesionales cuestionados por aseguradoras y tribunales.

Otro aspecto a tener en cuenta es la carencia de tiempo para atender de forma adecuada a los pacientes. Este es un factor que a menudo produce malestar en el profesional de la medicina, ya que los médicos dejan de hacer una serie de actividades que saben que son imprescindibles para realizar una atención de calidad de sus pacientes.

Por último, en este grupo de causas de burnout relacionadas con el ámbito laboral hemos de incluir el tipo de **profesión sanitaria**, y los aspectos relacionados con la misma.

Clásicamente se han asociado mayores límites del riesgo de burnout en la profesión de enfermería, especialmente los que trabajan con pacientes graves o terminales, que como ya hemos comentado son los que exigen mayores demandas emocionales, como es el caso de los enfermos oncológicos o los pacientes con SIDA (Bernardi M, Catania G, Marceca F, 2005).

1.8 CONSECUENCIAS DEL BURNOUT

1.8.1 Satisfacción laboral

Si bien es verdad que existen diferentes maneras de abordar el estudio sobre satisfacción laboral pero todas ellas coinciden en señalar que es un constructo multidimensional. La satisfacción laboral se define como una respuesta afectiva hacia el trabajo en general o hacia alguna faceta del mismo o como un estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto (Locke, 1976).

La satisfacción del trabajador y su implicación en el trabajo forman parte del desarrollo organizacional de la empresa por lo que las organizaciones precisan ajustar las necesidades de la organización con las propias de los individuos que trabajan en ellas. De manera que la satisfacción laboral se considera un constructo muy importante en psicología organizacional y del trabajo, por su papel mediador entre las condiciones laborales y las consecuencias organizacionales e individuales (Dormann y Zapf, 2001).

Diversos estudios de carácter correlacional han constatado la relación inversa existente entre burnout, tanto unidimensional como tridimensional, y la satisfacción laboral. En general, se consideran dos constructos

multidimensionales que representan respuestas afectivas diferentes al trabajo, aunque altamente relacionadas.

El estudio de la satisfacción laboral y el burnout ha planteado problemas metodológicos, ya que se han utilizado tradicionalmente medidas univariadas de ambos constructos o se ha decidido emplear una medida general sin tener en consideración las diversas variables contextuales que pueden influir en el proceso (Tsigilis, Kooustelios y Togia, 2004).

Por otro lado, en los modelos de estrés laboral, existe cierta discrepancia en cuanto a la ubicación de la satisfacción laboral, ya sea como antecedente, como variable mediadora o como consecuente del burnout. En España, los resultados de algunos estudios apoyan la hipótesis del rol mediador que juegan las actitudes laborales entre las variables sociodemográficas y del puesto y el burnout (Durán, Extremera y Rey, 2001).

Al tomar en consideración las tres dimensiones del burnout, la relación más intensa suele encontrarse entre el agotamiento emocional y la

satisfacción laboral (Tsigilis *et al.*, 2004; Kalliath y Morris, 2002; Durán *et al.*, 2001).

Por su parte, otros estudios, como el de Garmann, Corrigan y Morris (2002) examinan el burnout y su relación con la satisfacción laboral con resultados diferentes. Los autores, en una muestra de equipos de rehabilitación psicosocial, encuentran relaciones significativas entre la satisfacción del paciente y el burnout de los trabajadores. Los sentimientos de agotamiento emocional mantienen la relación más fuerte con la satisfacción del cliente.

En relación también con la satisfacción del cliente, Vahey, Aiken, Sloane, Clarke y Vargas (2004) señalan que el burnout en enfermería hospitalaria repercute sobre la satisfacción de los pacientes. En este trabajo, el burnout en enfermería se medía por los sentimientos de agotamiento emocional y la baja realización personal en el trabajo, que influían en la satisfacción de los pacientes en su cuidado. Concluyen que un ambiente laboral adecuado, con recursos disponibles, apoyo administrativo para la práctica de la profesión y buenas relaciones entre los médicos y los profesionales de enfermería, disminuyen los niveles de agotamiento emocional del personal y aumentan la satisfacción de los pacientes.

Visser, Smets, Oort y de Haes (2003) en el estudio llevado a cabo con médicos especialistas concluyen que la satisfacción laboral protegería de las consecuencias negativas del estrés.

Además, las variables organizacionales resultan más importantes que las variables personales en la predicción tanto de satisfacción como de estrés laboral. El burnout se explica conjuntamente por los altos niveles de estrés y la baja satisfacción laboral. Ambas variables son predictoras significativas de agotamiento emocional, aunque fueron menos significativas con despersonalización y realización personal en el trabajo.

De cara al diseño de las intervenciones, el estudio apunta el papel central del agotamiento emocional sobre la calidad del servicio y la posible mejoría de la satisfacción percibida del tratamiento al intervenir sobre los sentimientos de realización personal de los trabajadores. La influencia directa en modelos estructurales de la realización personal en el trabajo se ha considerado principal en otros estudios (Gil-Monte, Valcárcel y Zornoza, 1995).

Al analizar la relación de la satisfacción laboral con el burnout, las investigaciones consideran diversas variables que influyen en el proceso.

Así, en el entorno laboral de enfermería, se ha destacado la autonomía, el control y las relaciones profesionales en relación con salud, motivación laboral y satisfacción laboral (Van den Berg *et al.*, 2006, Budge, Carryer y Wood, 2003).

La organización del trabajo de los profesionales de enfermería (reparto de pacientes, plan individualizado de tratamiento, comunicación escrita profesional-paciente) (Tyson, Lambert y Beattie, 2002) y las actitudes que se desarrollan tanto respecto a la unidad (Verplanken, 2004) como hacia el trabajo (Kovner, Brewer, Wu, Cheng y Suzuki, 2006) se han relacionado positivamente con la satisfacción laboral en estos profesionales.

Otra variable estudiada en relación a la satisfacción laboral ha sido la inclinación al absentismo (Piko, 2006). En comparación con otras profesiones, entre los trabajadores sanitarios se observan bajos niveles de satisfacción laboral, que se relacionan en enfermería con alto movimiento de personal y la edad de las personas que dejan el trabajo, habitualmente jóvenes.

Una de las actuales líneas de investigación sobre satisfacción laboral trata de determinar el carácter multidimensional de la satisfacción laboral y su relación con otras variables como el bienestar psicológico o el compromiso con la organización en la generación del burnout.

En la investigación organizacional, la satisfacción normalmente se considera una actitud multidimensional (afectivo-cognitiva) circunscrita al ámbito laboral, mientras que, el bienestar o la felicidad de la persona recoge aspectos extralaborales (Wright y Cropanzano, 2000). A pesar de estas consideraciones, la satisfacción se ha medido prácticamente por su componente cognitivo, mientras que el bienestar alude a la parte afectiva casi exclusivamente.

Otros estudios tratan de determinar el papel del compromiso organizacional en el binomio satisfacción-burnout. Algunos autores, apuntan que el burnout puede desarrollarse justamente por un alto compromiso con el trabajo (Elloy *et al.*, 2001). En esta línea, Clugston (2000) plantea que el compromiso actúa como mediador en la relación entre la satisfacción laboral y la propensión al absentismo.

El modelo planteado por Clugston (2000) pone a prueba simultáneamente la satisfacción laboral, la propensión al abandono y el componente multidimensional del compromiso: afectivo, entendiendo éste como un proceso actitudinal por el que el trabajador experimenta una congruencia entre sus objetivos y valores y los de la organización, continuidad en la organización y el compromiso normativo como lealtad hacia la organización.

Los resultados muestran un efecto directo de la satisfacción laboral sobre la propensión al abandono. Por otro lado, la satisfacción laboral tiene un impacto positivo sobre los tres componentes de compromiso organizacional.

Los datos confirman la existencia de una mediación parcial del compromiso organizacional entre la satisfacción laboral y la inclinación al absentismo.

Tras la revisión de la bibliografía, se puede concluir que existe evidencia empírica de la relación existente entre la satisfacción laboral y el burnout.

Ambos son conceptos multidimensionales que deben medirse como tales teniendo en cuenta la especificidad situacional y las diferencias individuales determinadas por el contexto laboral.

1.8.2 Problemas de salud

Las alteraciones psicológicas, fisiológicas y conductuales del proceso de estrés laboral están íntimamente relacionadas con los problemas de salud. Ambas forman parte de un continuo, en el que se podría hablar de respuestas cuando los síntomas son percibidos por el sujeto pero no alteran significativamente su ritmo de vida habitual, y se empezaría a hablar de consecuencias cuando ese ritmo se ve significativamente alterado e incluso es imposible desempeñarlo (caso de infarto de miocardio, hipertensión crónica, diabetes, depresión, asma), (Gil-Monte, 2005).

Las consecuencias individuales se identifican con una sintomatología que engloba a todos los sistemas del organismo, aunque se resume en cuatro grandes grupos en función de sus manifestaciones: emocionales, actitudinales, conductuales y psicósomáticas (Gil-Monte y Peiró, 1997 a).

Entre ellas, la frecuencia de síntomas psicosomáticos, parece ser un buen indicador de problemas de salud relacionados con procesos psicológicos, muy frecuentemente en profesionales de la salud (Piko, 2006).

La incidencia del estrés sobre la salud es compleja y puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud (trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicofisiológicos), aunque también puede influir de modo indirecto, a través de conductas no saludables o estrategias de afrontamiento nocivas, como beber alcohol y conductas de riesgo, así como inhibir conductas relacionadas con la salud (Guerrero, 2003).

Existen diferentes estudios que han puesto de manifiesto que existe una relación significativa entre burnout y los problemas de salud percibidos por los individuos (Hätinen, Kinnunen, Pekkonen y Aro, 2004; Honkonen, Ahola, Pertovaara, Isometä, Kalimo, Nykyri *et al.*, 2006).

Los resultados se han replicado en diversos estudios y, aunque existe una gran disparidad en los instrumentos utilizados, como indica Gil-Monte

(2002 a), las correlaciones más intensas se establecen entre agotamiento emocional y problemas de salud, y son menos intensas entre problemas de salud y despersonalización, siendo las correlaciones más débiles para la escala de realización personal en el trabajo.

Gil Monte señala que las emociones son un importante mediador en las enfermedades por estrés, de modo que el agotamiento emocional actúa como variable mediadora y antecedente en el desarrollo de las alteraciones psicosomáticas y de los problemas de salud (Gil-Monte, Nuñez-Román y Selva-Santoyo, 2006).

Honkonen *et al.*, (2006) señalan que las enfermedades físicas se relacionaban con las tres dimensiones del burnout. Aunque, Piko (2006) concluye que los sentimientos de agotamiento emocional son el único predictor significativo de síntomas psicosomáticos en una muestra de enfermería. De manera que, a la luz de los resultados señalados, el agotamiento emocional muestra una relación independiente y significativa con las cuatro medidas de salud física y psicológica (quejas somáticas, de síntomas postraumáticos y de ideación suicida) y el bienestar (Burke y Mikkelsen, 2006), tanto de forma directa (Maslach *et al.*, 2001; Leiter, 2005) como indirecta (Leiter, 2005). Además, en consecuencia, tiene efectos

significativos sobre el absentismo, medido como bajas por enfermedad y número de días de baja.

Por otro lado, el cinismo se ha relacionado también con la presencia de ideación suicida y, la baja realización personal en el trabajo con el desarrollo de sintomatología postraumática (Burke y Mikkelsen, 2006).

El burnout parece ser una experiencia posterior a la experiencia subjetiva y crónica del estrés laboral, y por tanto antecedente de las consecuencias de estrés sobre la salud de los trabajadores.

Las relaciones entre burnout y la falta de salud (palpitaciones, jaquecas, mareos, alteraciones gastrointestinales etc.), y entre el burnout y la tensión emocional (enfado, confusión, sentirse nervioso, irritabilidad etc.) se han encontrado significativas y positivas para los profesionales de la salud.

Según los estudios revisados, la mayor correlación entre el burnout y la sintomatología psicósomática se da en forma de alteraciones de tipo cardíaco (palpitaciones y taquicardia) (Gil-Monte *et al.*, 2006). La asociación

entre el burnout y el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares proviene de estudios de casos control transversales y estudios longitudinales. Se desprende de estos estudios, que el riesgo relativo asociado con el burnout es igual e incluso a veces excede el riesgo real atribuido clásicamente a factores de riesgo (años, fumar, hipertensión, niveles de lípidos) (Melamed, Shirom, Toker, Berliner y Shapira, 2006).

Existe suficiente evidencia empírica que sugiere que niveles elevados de estrés en el trabajo se asocian con factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares (Kinnunen, Feldt, Kinnunen, Kaprio y Pulkkinen, 2006) y presentar niveles elevados de presión arterial (Landsbergis, Schnall, Belkic *et al.*, 2003).

Honkonen *et al.* (2006) señalan que el burnout se asocia con trastornos musculoesqueléticos en las mujeres y con enfermedades cardiovasculares en los hombres. En este estudio se concluye que la prevalencia de las enfermedades físicas es mayor en función del incremento de los niveles de burnout. En concreto, la prevalencia de los trastornos musculoesqueléticos y cardiovasculares se incrementa en función de la severidad de las tres dimensiones del burnout, para el

agotamiento emocional, el cinismo y la baja realización profesional en el trabajo.

Otra línea de estudio, ha relacionado, variables de personalidad como la conducta tipo A (ambición, competitividad, falta de tiempo, impaciencia y hostilidad) con un amplio rango de problemas de salud (enfermedades cardiovasculares, quejas psicosomáticas, agotamiento, burnout y conductas nocivas para la salud como el consumo elevado de tabaco y alcohol).

La conducta tipo A como constructo global se asocia positivamente con compromiso organizacional y burnout, aunque sólo explica 2% de la varianza de compromiso (Hallberg *et al.*, 2007).

Utilizando las dimensiones de la conducta tipo A, el estudio señala que la irritabilidad / hostilidad, característica de este patrón de conducta, podría ser la causa del desarrollo de enfermedades aunque no queda establecida la causalidad entre las variables. Esta dimensión de la conducta tipo A se asocia significativamente con agotamiento emocional y con cinismo.

Richardson, Burke y Martinussen (2006), en la misma línea que el estudio anterior, encuentran que tanto el cinismo como el compromiso se relaciona con la conducta tipo A en sus dos dimensiones (realización de éxito e impaciencia/ irritabilidad). La variable de cinismo está fuertemente relacionada con las consecuencias de salud, y se asocia con niveles incrementados de problemas de salud, reducido compromiso y eficacia. Se encontraron relaciones directas entre la conducta tipo A, las demandas del trabajo y los problemas de salud, y la autoeficacia.

Otras variables han sido estudiadas con el fin de valorar su relación con las consecuencias del estrés sobre la salud. Por ejemplo, Langelaan, Bakker, Van Doornen, y Schaufeli (2006), encuentran que las personas que experimentan burnout se caracterizan por un alto grado de neuroticismo en comparación con los que no tienen burnout, además las personas que se sienten comprometidas con el trabajo se caracterizan por un bajo grado de neuroticismo y un alto grado de extraversión.

También se ha planteado que la variable *empowerment* presenta una correlación negativa y significativa con todas las dimensiones de salud general medidas con el GHQ-28 (Hochwälder, Bergsten y Brucefors, 2005),

encontrando relaciones significativas con otras variables del puesto como autonomía, control y relaciones interpersonales (Budge *et al.*, 2003).

Algunos estudios, se han centrado en los correlatos fisiológicos del burnout, principalmente en las desviaciones producidas en el funcionamiento endocrino (Mommersteeg, Heijnen, Verbraak y Van Doornen, 2006; Sonnenschein, Mommersteeg, Houtveen, Sorbi, Schaufeli y Van Doornen, 2007).

Finalmente, el burnout en profesionales de la salud (enfermería) se ha relacionado significativamente con el desarrollo de patología psiquiátrica, (Coffey y Coleman, 2001). Concretamente, las conductas como el abuso de alcohol y drogas se ha relacionado con ansiedad, baja satisfacción laboral (Bennet *et al.*, 2001) y agotamiento emocional (Coffey y Coleman, 2001).

Así mismo, la relación entre el burnout y los niveles de depresión han sido corroborados en diferentes estudios (Brenninkmeyer *et al.*, 2001; Sears, Urizar y Evans, 2000; Häätinen *et al.*, 2004).

Otros factores relacionados con estresores del puesto como la sobrecarga y los factores relacionales como apoyo y conflictos interpersonales también muestran relaciones de signo negativo con la salud mental (Lambert *et al.*, 2004).

1.8.3 Absentismo laboral

Una de las consecuencias más importantes para la organización hospitalaria es la alta tasa de absentismo laboral que existe entre los profesionales de la salud (enfermería), hasta un 2% de bajas referenciadas en algunos estudios (Hoschwälder *et al.*, 2005).

McGrath *et al.* (2003), en un estudio llevado a cabo con 171 profesionales de enfermería, encuentran que un 38% había consultado al médico entre 1 y 3 veces en los últimos seis meses y que un 18% habían estado en el hospital en el pasado año. Según este estudio, la media de absentismo en los últimos seis meses fue de tres días.

Debido a la repercusión económica y social del absentismo, las investigaciones se han centrado en estudiar las relaciones con el estrés

laboral y el burnout, y así, evaluar el fenómeno y diseñar las estrategias de prevención. Sin embargo, los estudios sobre el absentismo y sus causas muestran problemas métricos que acusan la difícil aprehensión del fenómeno. Por un lado, debido probablemente a su impacto estigmatizante, los índices de absentismo referenciados por el trabajador no se ajustan a la tasa de absentismo real, además las investigaciones no siempre tienen acceso a los datos oficiales (Goldberg y Waldman, 2000).

Por otro lado, en los estudios se ha considerado dos medidas diferentes del absentismo, en forma de frecuencia y en forma de duración ($r = .45$ entre ellas, Bakker *et al.*, 2005). La frecuencia del absentismo se refiere al número de veces o turnos que un trabajador se ausenta durante un periodo particular independientemente de su duración. En contraste, la duración del absentismo hace referencia a la cantidad de tiempo de ausencias independientemente de su número. Esta variable se considera un indicador del absentismo involuntario debido a problemas fuera del control del sujeto, como una enfermedad.

En tercer lugar, las investigaciones han buscado las causas de absentismo en las variables predictoras del mismo, pero no siempre se ha considerado el efecto acumulado de varias variables, por lo que muchos

estudios son análisis bivariados que no permiten establecer conclusiones definitivas.

Goldberg y Waldman (2000) plantean la necesidad de estudiar el fenómeno desde los modelos multivariados para poder concluir el tipo de relación que se establece entre absentismo y las variables predictoras del mismo.

Por último, es necesario recurrir a los estudios longitudinales para conocer realmente la causalidad en la relación entre el burnout y el absentismo. Los estudios correlacionales plantean únicamente si existe o no relación entre las variables estresoras y el absentismo, pero no indican si realmente éste funciona como una medida de protección frente a los estresores, reduciendo el estrés o amortiguando los efectos de las condiciones laborales no satisfactorias (Hackett y Bycio, 1996). En estudios longitudinales se obtienen datos más fiables de los mecanismos de generación del absentismo.

A pesar de las dificultades para medir la tasa de absentismo, los estudios que lo relacionan con el burnout son numerosos. Una primera línea

de estudio, entiende el absentismo como una estrategia de afrontamiento frente al burnout, una forma de alejamiento y escape de una situación adversa, (Hackett y Bycio, 1996) o como un mecanismo para restaurar la equidad percibida recuperando el tiempo para realizar las tareas no relacionadas con el trabajo (Gorp y Schaufeli, 1993).

Otro de los modelos propuestos por los investigadores en el tema, plantea que el absentismo sería una respuesta conductual frente a algún aspecto no satisfactorio del trabajo, de manera que la insatisfacción laboral sería un antecedente del absentismo, centrándose en el papel de las barreras demográficas, laborales y no laborales.

Ambas hipótesis tienen apoyo en la literatura (Goldberg y Waldman, 2000). Bekker, Croon y Bressers (2005) encuentran una relación significativa entre agotamiento emocional y satisfacción laboral, y entre ésta y absentismo, en una muestra de enfermería. Sin embargo, en diversos estudios no se encuentran relaciones significativas entre la satisfacción laboral y el absentismo ni como antecedente ni como variable mediadora (Goldberg y Waldman, 2000, Erickson, Nichols y Ritter, 2000).

De esta forma, el absentismo se entiende como una reacción frente al estrés laboral al no poder afrontar las demandas impuestas. Considerar el absentismo una consecuencia del burnout, implica que la intención de dejar el trabajo es un predictor de la acción que se produciría tras el desarrollo del burnout.

Las dimensiones del burnout aparecen asociadas significativamente con actitudes y conductas de absentismo en diferentes estudios (Gil-Monte, 2002 b), aunque no suelen explicar más de un 2% de la varianza en absentismo (Bakker *et al.*, 2003).

El burnout cuando se estima mediante el MBI, especialmente para la dimensión de agotamiento emocional, presenta relaciones significativas de carácter positivo con las intenciones del sujeto de dejar la organización (Glazer, 2005) y se asocia significativamente de manera positiva con el número de faltas en el trabajo en los profesionales de la salud (enfermería) (Firth y Britton, 1989) y con el movimiento de personal (Richer, Blanchard y Vallerand, 2002; Bakker *et al.*, 2005).

En estudios longitudinales, la realización en el trabajo parece ser un predictor significativo de la tasa de absentismo evaluada 6 meses después (Iverson, Olekans, y Erwin, 1998). En otro estudio longitudinal, Krausz, Koslowsky, Shalom y Elyakim (1995) encuentran que podría producirse un acercamiento progresivo al absentismo que iría desde la falta de puntualidad al absentismo y de éste, al movimiento de personal en el puesto de trabajo.

Por otro lado, se ha estudiado la relación entre el absentismo y las variables sociodemográficas, así como estas últimas y la satisfacción laboral. En el sector sanitario, se emplean más mujeres que varones (Evans y Steptoe, 2002), por lo que las diferencias de género en absentismo y estrés ocupacional constituyen un amplio campo de estudio, aunque se encuentran resultados dispares.

Gil-Monte (2002 b) refiere diferencias significativas entre varones y mujeres en relación al absentismo en una muestra de enfermería. Los varones experimentaban significativamente mayores niveles de falta de reciprocidad que las mujeres y mayor inclinación al absentismo, siendo más altos los niveles de despersonalización entre los varones.

En otros estudios como el de Bakker *et al.* (2005) no se encuentran diferencias significativas entre los días de absentismo en función del género.

La edad se ha relacionado significativamente con la duración del absentismo, de manera que los trabajadores con más edad presentaban mayor duración en absentismo (Bakker *et al.*, 2005).

Erickson *et al.* (2000) plantean que la frecuencia del absentismo estaba moderada por las demandas provenientes de la familia. El burnout se relaciona más intensamente con los días de absentismo, con la condición de tener niños menores de 6 años y con la dificultad en su cuidado. En este estudio, la satisfacción laboral y el compromiso organizacional no mantienen relaciones significativas con el burnout.

En conclusión, el absentismo es un problema crónico de las organizaciones que implica altos costes financieros a las empresas y por el que, en concreto en profesiones de la salud (enfermería), se paga un alto precio en el cuidado del enfermo. El conocimiento de los mecanismos por el que una organización sufre altas tasas de absentismo es fundamental de

cara a su prevención y a la elaboración de programas efectivos (Gaudine y Sacks, 2001).

A modo de resumen, recogemos en este apartado, aquellos resultados y consecuencias que han sido detallados por diversos autores: Pines y Maslach (1978); Maslach y Jackson (1981); Quattrochi-Tubin, Jones y Breelove (1982); Kahill (1988); Firth y Britton (1989); Shirom (1989); Melamed, Kushnir y Shirom (1992); Nowack y Pentkowski (1994); Maslach, Jackson y Leiter (1996); O'Brien (1998); Moreno y Peñacoba (1999); Moreno et al. (2001) y Parkes (2001).

Entre las manifestaciones más características del burnout se señalan las siguientes:

Síntomas emocionales: Depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos.

Síntomas cognitivos: Pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de auto concepto, pérdida de

autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción, cinismo, criticismo generalizado.

Síntomas conductuales: Evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, auto-sabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptativas, desorganización, sobre-implicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, tabaco y drogas.

Síntomas sociales: Aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, formación de grupos críticos, evitación profesional.

Síntomas psicósomáticos: Cefaleas, dolores osteomusculares (especialmente dorsales), pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, etc.).

1.9 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

En este punto señalaremos algunas de las estrategias de intervención que han sido publicadas y fundamentadas teóricamente y que surgieron con el fin de controlar el estrés, prevenir el burnout, mejorar las habilidades de comunicación y las habilidades sociales. Creemos conveniente conocer cuales son las estrategias que diversos autores proponen como necesarias para favorecer la adaptación de los individuos a sus entornos y problemáticas laborales.

Las estrategias de intervención o en nuestro caso, estrategias de afrontamiento pueden ser clasificadas en tres tipos: a) estrategias individuales, b) estrategias interpersonales o grupales y c) estrategias organizacionales.

1.9.1 Estrategias a nivel individual

Las estrategias individuales están encaminadas a controlar el estrés (Matteson e Invancevich, 1987; Ramos y Buendía, 2001; Guerrero y Vicente, 2001), destacando dos grandes grupos: las actividades dirigidas a la adquisición de estrategias de carácter paliativo y las actividades dirigidas a la adquisición de estrategias instrumentales.

Las actividades dirigidas a la adquisición de estrategias de carácter paliativo tienen por objetivo la adquisición de destrezas para el manejo de las emociones entre las que destaca el entrenamiento y adquisición de habilidades para expresión de emociones, el manejo de sentimientos de culpa y especialmente el entrenamiento en relajación (Vera y Vila, 1993), que es un proceso psicofisiológico en el que podemos distinguir tres componentes: un componente fisiológico en forma de patrón reducido de activación somática, un componente subjetivo como informe del sujeto de tranquilidad y sosiego y un componente conductual referido como un estado de descanso motor. Debido a esto, con el entrenamiento en relajación se pretende una respuesta biológicamente antagónica al estrés, que pueda ser aprendida y convertida en un importante recurso personal para contrarrestar sus efectos negativos. Otras técnicas de carácter paliativo serían el biofeedback, la meditación, el entrenamiento físico, etc.

Dentro del campo del manejo de las emociones queremos reseñar un aspecto al que varios autores dan cierta importancia, y no es otro que el del sentido del humor como estrategia de afrontamiento. Mesmer (2001) destaca el sentido del humor como estrategia de afrontamiento. Esta autora expone que las personas con mayor sentido del humor presentan niveles más bajos de estrés laboral, por lo que propone desarrollar el humor como

estrategia de afrontamiento del estrés en los planes de desarrollo del entrenamiento personal.

Las actividades dirigidas a la adquisición de estrategias instrumentales presentan dos tipos de abordaje:

- 1) actividades encaminadas a modificar los procesos cognitivos y
- 2) actividades encaminadas a conseguir que el sujeto se comporte de modo distinto, mediante la adquisición de patrones más efectivos.

Las actividades encaminadas a modificar los procesos cognitivos, mediante técnicas cognitivas y de autocontrol, que eliminen los patrones no adaptativos, parten del supuesto de que la forma en que actuamos y sentimos depende de cómo pensamos y evaluamos la importancia de las situaciones para nuestro bienestar.

Dentro de este grupo destacamos las siguientes técnicas:

- a) Técnicas de reestructuración cognitiva basadas en la terapia racional-emotiva de Ellis (Lega, 1993), la terapia cognitiva de Beck (Dobson y Franche, 1993), la terapia de valoración cognitiva de Wessler (Wessler y Hankin, 1993) y otras; la asunción básica de estas estrategias se basa en la

idea de que las emociones y las conductas son producto de las creencias del individuo y de su interpretación de la realidad, por lo que el objetivo es identificar los pensamientos irracionales o disfuncionales y reemplazarlos por otros más racionales o efectivos.

b) El entrenamiento en resolución de problemas (Nezu y Nezu, 1993), teniendo en cuenta que en este contexto se entiende por problema aquellas situaciones que exigen respuestas adaptativas que el sujeto no es capaz de ofrecer, teniendo por objetivo dar una solución eficaz al problema, para lo que se exigen cinco procesos interactuantes: orientación hacia el problema, definición y formulación del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y puesta en práctica de la solución y verificación. Los afrontamientos activos o centrados en la solución del problema están considerados lo más efectivos para la prevención y manejo del burnout (Leiter, 1991b; Ceslowitz, 1989).

Haremos referencia también al modelo de inoculación de estrés de Meichenbaum (1987) que, siguiendo a Daffenbacher (1993), sería un modelo general que promueve la adquisición de conocimientos, autocomprensión y técnicas de afrontamiento para mejorar el dominio de las situaciones estresantes previsibles, enfatizando las complejas relaciones interdependientes entre los factores afectivos, fisiológicos, conductuales,

cognitivos y sociales/ambientales, sin presuponer una influencia causal primaria en ninguno de ellos. El programa de este modelo consta de tres fases: la fase educativa, que proporciona información sobre la forma en que se generan las emociones distorsionadas, a partir de factores cognitivos y suposiciones; la fase de ensayo, en la que se proporcionan suposiciones alternativas para las situaciones de distrés emocional; y la fase de aplicación, en la que el sujeto demuestra todo lo aprendido y lo pone en práctica. Tiene por tanto aspectos que incluyen reestructuración cognitiva y aspectos instrumentales.

Las actividades encaminadas a conseguir que el sujeto se comporte de modo distinto, mediante la adquisición de patrones más efectivos, parten del supuesto de que la forma en que sentimos y pensamos depende de cómo nos comportamos.

Dentro de este grupo destacan: a) el entrenamiento en habilidades sociales y b) el entrenamiento en habilidades de comunicación interpersonal.

El entrenamiento de habilidades sociales (Gil, Jarana y León, 1992; Caballo, 1993), es un enfoque centrado básicamente en el aprendizaje de nuevas respuestas, pretendiendo enseñar habilidades interpersonales que mejoren la competencia de los individuos en situaciones sociales problemáticas. El proceso implica cuatro elementos: entrenamiento en habilidades que aporten el aprendizaje de nuevas conductas específicas que se integran en el repertorio conductual del sujeto; reducción de la ansiedad en situaciones problemáticas, con utilización de técnicas de relajación si el grado de ansiedad es muy elevado; reestructuración cognitiva, que generalmente suelen incluirse autoinstrucciones o algún aspecto de la terapia racional-emotiva; y por último, entrenamiento en solución de problemas, aunque no es un elemento que esté siempre presente de forma sistemática.

El entrenamiento en habilidades de comunicación interpersonal aborda aspectos tan variados como la comunicación del diagnóstico a pacientes, comunicación en situaciones conflictivas, realización de entrevistas, habilidades para hablar en público, etc.

Podemos incluir en este apartado las técnicas de negociación, el entrenamiento en asertividad, las habilidades para gestionar el tiempo, técnicas para organizarse, resolución de conflictos, toma de decisiones, etc.

1.9.2 Estrategias a nivel grupal

Las estrategias que abordan la prevención del burnout desde la perspectiva interpersonal o grupal desarrollan la intervención para potenciar la formación de habilidades sociales y las estrategias relacionadas con el apoyo social en el trabajo.

La mayoría de estas estrategias recomiendan fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y jefes (Shinn y Morch, 1983; Matteson e Ivancevich, 1987). Las experiencias obtenidas demuestran que el apoyo social aumenta la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional y mejora actitudes y conductas negativas hacia otros (Leiter, 1988; Gil Monte y Peiró, 1997).

Este tipo de estrategias grupales se interrelacionan especialmente con las estrategias individuales. Recordemos que en el apartado anterior

exponíamos las actividades encaminadas a conseguir que el sujeto se comporte de modo distinto, mediante la adquisición de patrones más efectivos a través del entrenamiento en habilidades sociales, habilidades de comunicación, etc., por lo que es evidente que estas técnicas se instruyen, se modelan, y se ensayan en grupos, para así generalizar conductas alternativas ante las demandas de la vida laboral, profesional y personal.

Por otra parte, a pesar de la importancia fundamental que tiene este último aspecto, hemos de decir que al desarrollo de habilidades sociales en grupo para la prevención del burnout se han dedicado pocos trabajos.

1.9.3 Estrategias a nivel organizacional

Las estrategias de intervención organizacionales tienen como cometido eliminar o disminuir los estresores del entorno institucional. Dentro de las estrategias organizacionales, Peiró y Salvador (1993) establecen las siguientes áreas de mejora organizativas:

a) Condiciones ambientales, que son objeto de legislación con el fin de conseguir unos mínimos que garanticen la seguridad de los trabajadores.

b) Aspectos temporales como flexibilidad de horarios, elección de turnos de trabajo, etc., ya que los aspectos relacionados con el tiempo son una importante fuente de estrés. c) Enriquecimiento del puesto de trabajo, debido a que es fundamental para el trabajador la identidad con la tarea, la autonomía, la variedad de habilidades necesarias para su desempeño y la retroalimentación, estando directamente relacionado con la motivación del trabajador, la satisfacción laboral y la calidad del trabajo realizado, e inversamente relacionado con el absentismo y la rotación de puestos. d) Planes de carrera e intervención, debido a que las oportunidades de promoción y ascenso a lo largo de la vida profesional, mediante planes de carrera adecuadamente planificados, minimizan el estrés además de constituir un importante factor motivacional. En este sentido, Fernández-Garrido (2001) clasifica los programas de intervención en el desarrollo de la carrera en tres tipos: programas de transición educación-trabajo, programas destinados a facilitar la progresión en la carrera o a mejorar las oportunidades y programas dirigidos a facilitar-minorizar los tránsitos desempleo-empleo; y por último, e) estilos de dirección, dado que si son estilos participativos resultan especialmente beneficiosos para la reducción del estrés, así como el establecimiento de objetivos claros y de sistemas de evaluación adecuados.

Las estrategias organizacionales más relevantes son: a) los programas de socialización anticipatorio, b) los programas de evaluación y retroinformación, c) los programas de desarrollo organizacional y d) el rediseño de la realización de tareas.

Los programas de socialización anticipatoria tienen como fin prevenir el choque con la realidad y sus consecuencias (Matteson e Ivancevich, 1987), haciendo que se experimente ese contacto antes de que el profesional comience su vida laboral, en un contexto de prueba que permite desarrollar estrategias constructivas. Guthrie, Black, Bagalkote, Shaw, Campbell y Creed (1998) señalan la necesidad de comenzar a prevenir, controlar y afrontar el estrés desde la fase de formación de los sanitarios. Capilla (2000) destaca la importancia de elaborar programas de entrenamiento frente al estrés, a desarrollarse incluso desde el pregrado. Este último autor hace referencia asimismo a que no hay ninguna estrategia simple, capaz de prevenir o tratar el síndrome de burnout.

Los programas de evaluación y retroinformación fomentan la evaluación como desarrollo y no como juicio (Matteson e Ivancevich, 1987).

Los programas de desarrollo organizacional tienen como finalidad mejorar el ambiente y el clima organizacional mediante el desarrollo de equipos eficaces, con un esfuerzo sistemático y planificado, focalizado a largo plazo en la cultura organizacional y en los procesos sociales y humanos de la institución (Gil-Monte y Peiró, 1997).

El rediseño de la realización de tareas (Maslach, 1982), puede facilitar la disminución de la sobrecarga laboral y de las disfunciones de los roles profesionales. El facilitar que los profesionales puedan cambiar de actividades (Edelwich y Brodsky, 1980) y considerar cambios que lleven mejoras de recompensas y de promoción del profesional (Shinn y Morch, 1983) incrementan la responsabilidad, la participación en la toma de decisiones y la autonomía.

Orlowsky y Gullede (1986) y Bolle (1988) proponen que se facilite y promuevan las reuniones multidisciplinarias con periodicidad, se formen grupos de trabajo con flexibilidad laboral (rotación programada, cambio de horarios, etc.).

Maslach (1982) y Orlosky y Gullledge (1986) recomiendan disponer de un equipo de especialistas de ayuda (psicólogos, terapeutas) dedicados a profesionales con problemas.

Podemos observar que las estrategias y procedimientos a utilizar en la prevención y control del burnout son muy diversos, por lo que hay que elegir cuidadosamente aquellos que deberán usarse en el marco de “paquetes” de intervención ante cada situación específica. En este sentido, Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) señalan que podrán ser eficaces una variedad de estrategias de intervención que incluyan: entrenamiento en inoculación de estrés, relajación, organización del tiempo; entrenamiento en asertividad, terapia racional emotiva; entrenamiento en habilidades interpersonales y sociales, trabajo en equipo, organización de las demandas profesionales y meditación. Pero es de reseñar que finalizan comentando que es “rara la existencia de programas” de estas características.

A modo de resumen podríamos indicar la importancia de elaborar diseños para la mejora de la prevención del estrés en el puesto de trabajo y programas de promoción de la salud (Fernández- López, Siegrist, Rödel y Hernández, 2003), llevar a cabo intervenciones con criterios teóricos y diagnósticos, realizando su evaluación posterior (Gil-Monte y Peiró, 1999),

así como formar grupos de apoyo en las unidades de cuidados entre la plantilla de sanitarios (Lenart, Bauer, Brighton, Jonson, y Stringer, 1998) o entre plantillas de cualquier otro ámbito laboral y por último, no olvidar llevar a cabo programas de prevención y de ayuda individualizada. (Tselebis, Moulou e Ilias, 2001).

1.9.4 Estrategias para prevenir el estrés

Para finalizar este apartado queremos incluir dos tipos de estrategias de intervención, que aunque aparecen a través de desarrollos teóricos bien diferentes, podrían complementarse como respuestas a las necesidades de salud de los trabajadores, especialmente de la salud psicológica. Estas intervenciones serían: el enfoque polifacético de la prevención del estrés y la programación neurolingüística.

El objeto del enfoque polifacético de la prevención del estrés sería el de “trabajadores sanos en empresas sanas”. Por ello, el National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) de EE.UU., hizo un primer intento de diseñar tal enfoque, con su estrategia nacional de prevención de los

trastornos psicológicos relacionados con el trabajo (Sauter, Murphy y Hurrell, 1990). En dicha estrategia se abordan:

a) La carga y el ritmo de trabajo, para evitar tanto la falta como el exceso de trabajo, hacer posible la recuperación después de tareas arduas y aumentar el control que ejercen los trabajadores en diversas características del trabajo. b) Los horarios de trabajo, diseñados para que sean compatibles con las exigencias y responsabilidades extraprofesionales, teniendo en cuenta los horarios flexibles, el trabajo compartido y el diseño de turnos rotatorios. c) El futuro profesional, evitando la ambigüedad en las oportunidades de ascensos y de desarrollo de la carrera y en las cuestiones relativas a la seguridad en el empleo. d) El entorno social, con oportunidades para la interacción de los empleados y el apoyo. e) El contenido del trabajo, diseñando las tareas laborales para que tengan sentido, estimulen y den la oportunidad de poner en práctica los conocimientos que se poseen y de adquirir otros nuevos.

1.10 REVISION DE ESTUDIOS EXPERIMENTALES DEL BURNOUT

En este apartado detallaremos los resultados obtenidos de la relación de estudios experimentales que hemos revisado con respecto al síndrome de burnout e incluiremos algunas conclusiones que los diversos autores señalaron en sus respectivos trabajos.

La tabla 1 (estudios previos a 1997), la tabla 2 (estudios comprendidos entre 1997 y 2004) y la tabla 3 (estudios comprendidos entre 2004 y 2011) hacen referencia a los resultados obtenidos de las publicaciones que han analizado los datos obtenidos del Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) por puntuaciones directas, en ellas aparecen, en rojo, los datos que indican un nivel alto de burnout en las dimensiones estudiadas, los que indican niveles medios en azul y en verde los que indican niveles bajos de burnout.

De las tablas 1, 2 y 3 podemos resaltar la existencia de niveles medios de burnout en la mayoría de los estudios realizados y que la baja realización personal es la dimensión en la que existen, de media, mayores niveles de burnout.

Tabla 1: Estudios de referencia sobre el Síndrome de Burnout. Período anterior a 1997				
Autores (año de publicación) Población de referencia	Cansancio Emocional	Desperso_nalización	Baja Realización Personal	Burnout Total
Daniel, Perez y Fernández (1996) (3) Hospital. Salamanca	21.61	7.33	35.28	41.66
Fagin, Brown, Bartlett y Leary (1995) (3) Hospital. Claybury	20.40	7.30	32.30	43.40
Daniel Vega (1995) (2) Hospital. Salamanca	22.98	9.42	30.62	49.78
Garcia, Llor y Saez (1994) (2) Hospital	17.40	6.70	33.00	3.00
Fernández Cantí (1993) (2) Hospital. Zaragoza	11.69	5.56	27.87	37.38
Fernández Cantí (1993) (3) Hospital. Zaragoza	20.36	8.56	29.44	47.48
Fernández Cantí (1993) (8) Hospital. Zaragoza	13.00	5.06	39.97	26.09
Schaufeli y Janczur (1991) (3) Polonia	20.00	8.70	27.30	49.40
Schaufeli y Janczur (1991) (3) Holanda	16.20	5.40	32.70	36.90
Gil y Schaufeli (1991) (3) Comparativa España-Holanda	20.70	6.10	31.70	43.10
Firth y Britton (1989) (3) Inglaterra	18.30	5.90	35.90	36.30
Leiter y Maslach (1988) (5) EE:UU	21.60	7.50	41.30	35.80
Dolan (1987) (3)	15.20	7.60	36.10	34.70
Maslach y Jackson (1986) (2) EE:UU. Referencia MBI (2ª ed)	22.19	7.12	36.50	40.81
Maslach y Jackson (1986) (5) EE:UU: Referencia MBI (2ª ed)	20.99	8.73	34.58	43.14
Pedrabissi y Santinello (1984) (3) Italia	18.50	7.20	33.80	39.90
<p>(1) Profesionales sanitarios no facultativos; (2) Médicos; (3) Enfermeras; (4) Auxiliares de enfermería; (5) Profesionales de ayuda; (6) Profesionales sanitarios; (7) Trabajadores en general; (8) Supervisores de enfermería.</p> <p>Datos: en verde se representan los niveles bajos, en azul los niveles medios, y en rojo los niveles altos de burnout.</p>				

Tabla 2: Estudios de referencia sobre el Síndrome de Burnout. Período de 1997 a 2004				
Autores (año de publicación) Población de referencia	Cansancio Emocional	Despersión	Baja Realización Personal	Burnout Total
García, Roca, Carmona y Olona (2004) (3) Hospital. Barcelona (366)	25.70	9.40	35.50	47.60
Morales, Gallego, y Rotger (2004) (5) Hospital. Cataluña (113)	20.76	7.78	38.42	38.12
Ibáñez, Vilaregut, y Abbio (2002) (3) Hospital. Barcelona (70)	21.80	7.10	35.0	41.00
De la Peña, Sanz, Garrido, Carvajal, Galán, Herrero, (2002) (1) Hospital. Badajoz (127)	23.00	8.00	36.00	43.00
Solano, Hernández, Vizcaya y Reig (2002) (3) Hospital. Alicante (83)	14.24	4.05	36.76	29.53
Pera y Serra-Prat (2002) (7) Hospital. Mataró (291)	18.59	6.83	40.58	32.84
Adali y Priami (2002) (3) Hospital. Atena-Grecia (230)	24.01	7.85	35.00	44.86
López-Soriano y Bernal (2002) (1) Hospital. Murcia (143)	19.80	9.00	32.30	44.50
Prieto, Robles, Salazar y Daniel (2002) (2) Centro Salud. Cáceres (157)	22.04	8.33	35.19	43.18
Carmona, Sanz y Marín (2002) (1) Hospital (47)	21.91	5.50	34.70	40.71
Lombarda y Tomás (2002) (3) Hospital. Venezuela (47)	19.06	6.82	37.36	36.52
Sanchez, Lucas, García, Sanchez, Jiménez, Bustinza (2001) (6) Samur. Madrid (73)	13.70	8.00	30.90	38.80
Da Silva, Daniel y Pérez (1999) (2) Hospital. Salamanca (102)	19.97	7.23	36.05	39.15
Da Silva, Daniel y Pérez (1999) (3) Hospital. Salamanca (168)	21.93	7.11	36.05	40.99
Da Silva, Daniel y Pérez (1999) (4) Salamanca Hospital (93)	18.85	7.76	34.03	40.58
De Pablo y Superviola (1998) (2) Atención Primaria. Zaragoza (144)	29.00	8.30	36.80	48.50
Atance Martínez (1997) (6) Área Salud. Guadalajara (293)	14.51	11.07	26.42	47.16
De las Cuevas, González, Fuente, Alviani y Ruiz (1997) (6) At. Primaria. Tenerife (90)	22.19	7.21	36.53	40.78
De las Cuevas, et al. (1997) (7) Atención Primaria. Tenerife (123)	20.33	6.75	36.60	38.48
(1) Profesionales sanitarios no facultativos; (2) Médicos; (3) Enfermeras; (4) Auxiliares de enfermería; (5) Profesionales de ayuda; (6) Profesionales sanitarios; (7) Trabajadores en general. Entre paréntesis y en negrita población muestral de referencia; Datos: en verde representan niveles bajos, en azul niveles medios, y en rojo niveles altos de burnout.				

Las conclusiones más relevantes que podemos extraer de los estudios expuestos anteriormente, e indicando sólo aquellas que sus autores señalan que han alcanzado diferencias estadísticamente significativas son:

Ibáñez et al. (2002) señalan que los hombres se sienten más realizados personalmente que las mujeres, los solteros más que los casados y a más edad menos realización personal. Entre dos y tres horas de ocio al día disminuyen el cansancio emocional, pero éste aumenta en enfermeras que consumen analgésicos y tranquilizantes.

De la Peña et al. (2002) comentan que el grupo de enfermeras que poseen una licenciatura presentan mayor grado de burnout, así como que una actitud de excesiva necesidad de aprobación en el profesional por parte de su entorno social y laboral también resulta predictiva para la aparición del burnout.

Solano et al. (2002) encuentran que las mujeres presentan puntuaciones más altas, en burnout total, que los hombres, tener hijos no representaba diferencias significativas; mayor cansancio emocional en personal fijo que eventual; mayor despersonalización en aquellos que

trabajan en turno de noche, mayor cansancio emocional a mayor número de enfermos al cargo y para aquellos que tienen una antigüedad mayor de 15 años.

López Soriano y Bernal (2002) señalan una mayor despersonalización en trabajadores con plaza en propiedad; a mayor edad y mayor antigüedad en la profesión una mayor falta de realización personal. Y en general, más desrealizadas las auxiliares que las enfermeras.

Prieto et al. (2002) indican un mayor nivel de burnout por encima de los 40 años y a mayor antigüedad laboral; no encuentran diferencias referidas al estado civil ni al sexo.

Sánchez et al. (2001) no encuentran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad, sexo o estado civil, ni en cuanto a la antigüedad, ni el turno de trabajo; por otra parte si se observa baja realización personal y burnout en los profesionales con problemas de relación personal con su equipo.

Da Silva, Daniel y Pérez (1999) observan menores niveles de cansancio emocional en los sanitarios que llevan menos tiempo trabajando (hasta cinco años); no hay diferencias significativas en cuanto al sexo, ni al estado civil, ni a tener o ni hijos, ni si trabaja o no el cónyuge; encuentran mayor despersonalización en aquellas personas que disfrutan de menos de dos horas de ocio o más de cuatro horas de ocio al día; y menor agotamiento emocional en aquellas personas que confirman no consumir analgésicos ni tranquilizantes.

Atance (1997) expone que existe un mayor nivel de burnout en mujeres, mayor cansancio emocional y baja realización personal en el grupo de separados/divorciados, así como en trabajadores de más de 19 años de antigüedad pero no en relación a menos de 10 de antigüedad; mayor cansancio emocional en el grupo de antigüedad entre 11 a 19 años, en sanitarios que trabajan en el hospital con respecto a los que trabajan en un centro de salud, tanto rural o urbanos y en profesionales que trabajan entre 36 y 40 horas en relación a aquellos que trabajan más de 40 o menos de 36. En general, valores más altos en enfermeras que en médicos en todos los elementos del burnout.

De las Cuevas et al. (1997) Señalan que ni la variable edad, ni las de estado civil, ni el tiempo desempeñando el actual puesto de trabajo, ni el tiempo en la profesión, ni el hecho de hacer guardias o poseer o no la plaza en propiedad obtuvo una correlación estadísticamente significativa con ninguna de las subescalas del instrumento MBI.

En resumen, podemos afirmar que diferentes autores han señalado que existen unos mayores niveles de burnout en mujeres, en sujetos con edad superior a los 40 años, en enfermeras (sobre todo aquellas que además tienen una licenciatura universitaria) con respecto a médicos y en profesionales con problemas de relación personal con compañeros. Se encuentran mayores niveles de cansancio emocional en varones, con plaza fija, con un mayor número de enfermos a su cargo y en sanitarios que desempeñan su trabajo en hospitales. La despersonalización es mayor en trabajadores con turno de noche y con plaza en propiedad. Se encuentra una mayor baja realización personal en mujeres, en personas separadas o divorciadas, con una antigüedad superior a 19 años de trabajo, en auxiliares de enfermería con respecto a enfermeras y en aquellas personas con problemas de relación.

Nota: Si es longitudinal se coge solo la primera medida; si se analizan los efectos de una intervención se coge el pretest o línea base.

Tabla 3: Estudios de referencia sobre el Burnout. Períodos de 2004-2011

Autores (año de publicación). Población de referencia	Cansancio emocional	Desperso_ nalización	Baja Realización personal
Albadalejo, Villanueva, Ortega, et al (2004). (3 y 4). Hospital. España-Madrid (622)	19.61	8.37	20.80
Baldella, Fabbo, Costopulos y Cardone (2004). (3 y 7). Centro Geriátrico. Italia (21)	13.30	5.50	36.10
Párraga (2005). (6). Hospital. España-Extremadura (82)	20.96	9.87	28.83
Suñer, García y Grau (2005). (6). Hospital. España-Girona (1095)	22.50	6.20	36.30
Travado, Grassi, Gil, et al (2005). (2). Hospital-Oncología. España, Portugal e Italia (125)	20.21	5.89	37.84
Goebring, Bouvier, Künzi, et al (2005). (2). Atención Primaria. Suiza (1755)	17.90	6.50	39.60
Bettina (2006). (6). Hospital. Hungría. (201)	24.70	9.40	27.40
Cáceres Bermejo (2006). (3 y 4). Hospital Militar. España-Madrid (593).	23.16	7.94	12.31
Ozyurt, Hayran y Sur (2006). (2). Hospital y otros. Turquía (Total: 594; mujeres: 214; hombres: 380)	Hombres: 13.36 Mujeres: 13.56	Hombres: 4.65 Mujeres: 4.04	Hombres: 22.60 Mujeres: 22.60
Quattrin, Zannin, Nascig, et al (2006). (3). Hospital. Italia (100)	19.50	4.20	38.60
Glasberg, Eriksson y Norberg (2007). (6). Hospital. Suecia (423)	18.96	4.64	37.82
Nathan, Brown, Redhead, et al (2007). (3). Hospital Psiquiátrico. Inglaterra (Total: 47; hombres: 28; mujeres: 19)	Hombres: 12.36 Mujeres: 12.42	Hombres: 4.82 Mujeres: 3.47	Hombres: 34.75 Mujeres: 32.79
Dunwoodie y Auret (2007). (2). Hospital-Cuidados paliativos. Australia (43)	17.50	4.50	39.00
Ilhan, Durukan, Taner et al (2007). (3). Hospital. Turquía (418)	19.99	5.78	19.83
Dunwoodie y Auret (2007). (2). Hospital-Cuidados Paliativos. Australia (43)	17.50	4.50	39.00
Klersy, Callegari, Martinelli, et al (2007). (2 y 3). Hospital-Diálisis. Italia (334)	17.15	4.64	36.51
Contreras, Juárez y Murraín (2008). (3 y 4). Hospital. Colombia (71)	19.17	6.62	38.52
Sá y Fleming (2008). (3). Hospital. Portugal (107)	17.95	9.51	34.93
Ogresta, Rusac y Zorec (2008). (6 y 7). Hospital Psiquiátrico. Croacia (174)	24.50	16.60	24.80
Italia, Favara-Scacco, Cataldo, et al (2008). (2 y 3). Hospital. (Total =65; Oncología adultos: 32; Oncología pediátrica: 33)	Adult: 23.29 Pediat: 15.61	Adult: 8.29 Pediat: 3.64	Adult: 35.07 Pediat: 41.00
Şahin, Turan, Alparslan, et al (2008). (6). Hospital. Turquía (107)	18.76	4.17	36.80
Bressi, Manenti, Porcellana, et al (2008). (2 y 3-Oncología). General. Italia (440)	(2) 19.94 (3) 18.30	(2) 6.07 (3) 5.54	(2) 37.52 (3) 37.15
Liakopoulou, Katsika, Anastasopoulos, et al (2008). (2 y 3). Hospital-Pediatría. Grecia (Total: 113; experimental: 58; control: 55)	Exp.: 25.80 Ctrl: 26.50	Exp.: 5.00 Ctrl: 5.70	Exp.: 6.00 Ctrl: 6.00

Grau, Flischentrei, Suñer, et al (2009). (6). Salud General. Latinoamérica (11.530)	24,50	7.60	37.70
Martín, Hernández, Arnillas y García (2009).(2). Hospital. España-Mallorca (55)	21.29	9.09	38.61
Santana, Hernández, Robaina, et al (2009). (3 y 4). Hospital. Gran Canaria-España (172)	(3 UMI) 25.01 (3 Planta)25.36 (4 UMI) 22.26 (4 Planta)26.51	(3 UMI) 13.78 (3 Planta) 13.52 (4 UMI) 11.02 (4 Planta) 13.02	(3 UMI) 22.14 (3 Planta) 24.33 (4 UMI) 21.92 (4 Planta) 23.33
Yilmaz, Soykan, Ayaz, et al (2009). (6). Hospital.Turquía (Total: 61; control: 29; experimental : 32)	Exp.: 13.43 Ctrl: 13.00	Exp.: 3.62 Ctrl: 4.20	Exp.: 23.06 Ctrl: 23.44
Krasner, Epstein, Beckam, et al (2009). (2). Atención Primaria. Nueva York (60)	27.80	8.60	41.20
Bressi, Matteo, Porcellana, et al (2009). (2-Psiquiatría). General. Italia (81)	21.33	6.13	35.78
Souza, Faverzani, Thiago, et al (2009). (3). Hospital.Brasil (151)	17.00	7.79	36.60
Ashtari, Farhadi y Khodae (2009). (6). Centro Psiquiátrico. Irán (100)	29.40	9.30	34.50
Saharian, Fazalzadeh, Mehdizadeh, et al (2009). (3). Hospital. Irán (180)	25.80	5.90	29.56
Kovacks, M., Kovacs, E. y Hedeüs, K. (2010). (6). Servicios en General. Hungría (199)	22.31	5.30	38.13
Sorgaard, Ryan y Dawson (2010). (3 y 5) Hospital-Psiquiatría. Europa. (196)	(3) 15.60 (5) 17.70	(3) 3.60 (5) 5.50	(3) 36.30 (5) 37.30
Brooks, Bradd, Eyre, et al (2010). (3). Hospital. EEUU (Total: 52; experimental: 26; control: 26)	Exp.: 20.88 Ctrl: 28.81	Exp.: 3.27 Ctrl: 9.08	Exp.: 37.23 Ctrl: 37.42
Pavlakís, Raftopoulos y Theodorou (2010). (1-Fisioterapeutas). Clínica. Chipre (172)	16.55	5.20	39.50
Chiron, Michinov, Olivier-Chiron, et al (2010). (2 y 3). Hospital- Anestesiastas. Francia (193)	15.50	5.19	29.83
Morris y Pfister (2010). (3). Hospital. EEUU (Total: 364; Armada: 187; Civiles: 176)	Armada: 25.00	Armada: 8.00 Civil: 5.00	Armada: 39.00 Civil: 39.00
Grau-Alberola, Gil-Monte, García-Jueas, et al (2010). (3). Hospital. España-Valencia (316)	18.51	5.49	35.99
Losa, Becerro y Salvadores (2010). (3). Hospital. España-Asturias (80)	25.19	6.53	8.95
Halayem-Dhouib, Zaghoudi, Zremdini, et al (2010). (6). Hospital Psiquiátrico. Túnez (105)	26.18	10.20	32.94
Ríos, Godoy y Sánchez-Meca (2011). (3). Hospital. España-Murcia (97)	23.55	7.59	36.76
Groter y Freeman (2011). (2-Dentistas). Servicios en General. Irlanda (135)	24.34	8.62	33.00

Las conclusiones más relevantes que podemos extraer de los estudios expuestos en la tabla anterior, e indicando sólo aquellas que las muestras son relevantes en cuanto al número de participantes son:

Albadalejo, Villanueva, Ortega, et al. (2004) observaron que el personal de enfermería está más despersonalizado y menos realizado que el grupo de auxiliares y técnicos. Que el agotamiento, la despersonalización y el Burnout son superiores entre el personal de Oncología y Urgencias y que aquellos profesionales que consideraban su labor poco reconocida obtenían peores puntuaciones en las tres dimensiones de Burnout.

Suñer, García y Grau (2005) señalan respecto a las categorías profesionales que los médicos y los profesionales de enfermería presentan los porcentajes más altos de CE y, concretamente, los médicos, más despersonalización. Destaca en esta investigación también una clara asociación entre el nivel alto de CE y el consumo de medicamentos tranquilizantes o antidepresivos con asiduidad, de los cuales se declararon consumidores un 12% de los profesionales encuestados.

Bettina, F. (2006) al trabajar con una muestra de personal sanitario de Hungría obtuvo puntuaciones más altas para agotamiento emocional y para despersonalización y más bajas para realización personal al comparar su muestra con otras otras investigaciones de Canadá, Noruega y los EEUU. Además observó que el agotamiento emocional se relacionaba directamente con la insatisfacción en el trabajo.

Glasberg, AL. Ericsson, S y Norberg, A. (2007) elaboraron un modelo explicativo del síndrome Burnout encontrando que las variables explicativas del agotamiento emocional eran “tener que calmar la conciencia”, “carecer del tiempo necesario para dar los cuidados pertinentes” y “no poder estar a la altura de las expectativas de los demás”. En el caso de la despersonalización también se encontraba como variable explicativa “tener que calmar la conciencia”, “no estar a la altura de las exigencias de los demás”, “no poder aspirar a proporcionar buena atención”, “tener deficiente apoyo de los compañeros” y ser “médico”.

Dunwoodie y Auret (2007) compararon los niveles en las escalas del MBI de médicos que trabajaban en cuidados paliativos con los médicos de otras especialidades, encontrando que no había diferencias entre ellos. Tal vez, como reflejan en su artículo, porque los médicos que deciden trabajar

en este servicio cuentan con una mejor salud mental previa o porque el enfoque de trabajo en estas unidades los protege de mayores niveles de angustia experimentado por médicos y personal de enfermería de otras especialidades.

Ilhan, Durukan, Yaner, et al. (2007) analizaron la relación entre las escalas del MBI y otras variables relacionadas con el estrés laboral en personal de enfermería. Observaron que el agotamiento emocional disminuía a medida que aumentaba la edad. Que el tiempo total en el puesto de trabajo y llevar más de 16 años ejerciendo, correlacionaba con puntuaciones más bajas de cansancio emocional y despersonalización y puntuaciones más altas de realización personal. Trabajar más de 40 horas semanales y hacerlo en unidades de emergencia correlacionaba con mayores niveles de despersonalización y cansancio emocional. Así mismo, no estar a gusto con las relaciones con los superiores, no encontrar el trabajo adecuado, sentirse ansioso ante el futuro, una percepción de mala salud, problemas con la vida personal y las dificultades financieras eran variables que favorecían mayores puntuaciones en despersonalización y cansancio emocional.

Klersy, Callegari, Martinelli, et al. (2007) analizaron los niveles de Burnout y su relación con la calidad de vida en una muestra de enfermeras y médicos que trabajaban en unidades de diálisis. En la muestra, en general el 27, 17 y el 17% de la población del estudio padece agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal respectivamente. Observaron, además, que en general, las puntuaciones de Burnout obtenidas por la muestra eran inferiores a la normativa, sin importantes diferencias entre médicos y enfermeras. Sin embargo, el 30% de las enfermeras mostraban altos niveles de cansancio emocional frente al 18% de los médicos, que fue relacionado en general con el número de horas trabajadas y el número de meses en la unidad de diálisis en los últimos dos años.

Contreras, T, Juarez, A y Murraín, E (2008) con la muestra que trabajaron, auxiliares y enfermeras, pudieron observar que la media más alta de las escalas del MBI se obtuvo en baja realización personal y la más baja en despersonalización. Aunque la mayoría de los participantes no presentan dicho síndrome.

Sá y Fleming (2008) estudiaron la prevalencia de Burnout en enfermeras y su relación con el Mobbing. Encontraron una correlación

positiva entre el Mobbing y el cansancio emocional y la despersonalización; y negativa entre el Mobbing y la realización personal. Además observaron que las enfermeras que habían sido intimidadas en su trabajo presentaban niveles significativamente más altos de agotamiento emocional que las que no habrían sufrido acoso en el trabajo. También se encontraron mayores niveles de despersonalización y realización personal en estas enfermeras, pero las diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

Ogresta, Rusac y Zorec (2008) trataron de identificar factores de predicción del Síndrome de Burnout, tales como satisfacción en el trabajo y el estrés laboral, en personal sanitario y otros trabajadores de salud mental. Observaron un grado moderado del Síndrome, sin encontrar diferencias con respecto a su ocupación. A partir de un análisis de regresión múltiple observaron que la satisfacción con el salario, los reconocimientos (“premios”), el clima de trabajo, la promoción de oportunidades laborales, el grado de violencia psicológica y las manifestaciones físicas de estrés laboral resultaron ser predictores, estadísticamente significativos, del cansancio emocional. La frecuencia de reacciones emocionales negativas, tanto de pacientes como de colegas, las manifestaciones físicas y psicológicas de estrés laboral y la satisfacción con el salario y premios fueron predictores estadísticamente significativos de la despersonalización

y, por último, la insatisfacción con el clima de trabajo fue un potente predictor de niveles bajos de realización personal.

Bressi, Manenti, Porcellana, et al. (2008) presentaron un estudio cuyo objetivo era evaluar la prevalencia de Burnout y trastornos psiquiátricos entre los profesionales de salud de hemato-oncología en Italia. No encontraron diferencias en los niveles de Burnout al comparar médicos y enfermeras. Aunque, los médicos (64,5%) se definieron a sí mismos como “estresados por el trabajo” más que las enfermeras (46,3%) y, por el contrario, las enfermeras afirmaron, en mayor medida que los médicos, que su trabajo podría suponer un riesgo para su salud. Niveles altos de cansancio emocional se asociaron directamente con el cansancio físico. La despersonalización se asoció al sexo. Una baja realización personal se asoció inversamente a la edad, pérdida de pacientes y falta de tiempo libre, mientras que, se asoció directamente a la insatisfacción personal y al trabajo con pacientes más exigentes.

Liakopoulou, Katsika, Anastasopoulos, et al. (2008) analizaron los niveles de Burnout y su relación con otras variables en personal sanitario de oncología pediátrica comparándolo con el personal sanitario de otras especialidades. Tras los análisis, no encontraron diferencias en el desgaste

entre el personal de oncología pediátrica y el de las otras especialidades. La disminución en la claridad del rol como trabajadores y la ilusión correlacionaron positivamente con el cansancio emocional, mientras que una claridad en el rol laboral se relacionó positivamente con la realización personal. No tener hijos y tener menos experiencia laboral se relacionó con mayores niveles de Burnout en todos los grupos estudiados.

Grau, Flischtentrei, Suñer, et al. (2008) encontraron que la prevalencia de burnout por países fue más alta en España (14,9%) y Argentina (14,4%), con diferencias de un 10% sobre la mayoría de los restantes países de habla hispana con los que trabajaron. Realizar turnos de guardia, padecer una enfermedad crónica y haber estado de baja laboral por cualquier causa durante el año precedente a la evaluación se asociaron de manera independiente con mayores puntuaciones de AE. Hacer guardias y haber estado de baja laboral durante el año precedente al estudio también se asociaron a un nivel alto de DP y bajo de RP.

Martín, Hernandez, Arnillas y García (2009) en su estudio reflejan que las mujeres puntúan más alto en realización personal. Además, se obtuvo mayor cansancio emocional en facultativos cuyas expectativas sobre su trabajo no se ajustan a la realidad y en los que sólo se sienten apoyados a

veces; y mayor despersonalización en los que consideran su trabajo peor de lo esperado.

Santana, Hernandez, Robaina, et al. (2009) en su investigación encontraron que, en cuanto al agotamiento emocional, estaba en el nivel medio en todos los grupos pero era superior para el auxiliar de UCI que para el auxiliar de planta. En cuanto al nivel de despersonalización y agotamiento emocional se encontraron elevados niveles de estrés en todos los grupos sin diferencias entre ellos.

Yilmaz, Soykan, Ayaz, et al. (2009) pusieron en práctica una intervención a través de una serie de seminarios para reducir los niveles de Burnout en personal sanitario, sin embargo, aunque las medias en el posttest en las tres dimensiones del MBI fueron superiores en el grupo experimental, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Bressi, Matteo, Porcellana, et al. (2009) estudiaron la prevalencia de Burnout y su morbilidad con trastornos psiquiátricos y satisfacción laboral con una muestra de psiquiatras de Milán. Observaron que, en general, la muestra presentaba altos niveles de cansancio emocional y

despersonalización y que la variable que predice en mayor medida el síndrome de Burnout es una pobre satisfacción laboral. En concreto, la baja satisfacción laboral y trabajar en colaboración con las familias de los pacientes, correlacionaba con el cansancio emocional. La despersonalización estaba asociada al trabajo con pacientes más exigentes y la realización personal estaba positivamente relacionada con una buena satisfacción laboral y negativamente asociada a una mala relación con los superiores.

Ashtari, Z, Farhadi, Y y Khodaei, MR. (2009) evaluaron la relación entre el rendimiento laboral y el desgaste profesional entre el personal de un hospital psiquiátrico. El estudio mostró que un 45,6% de la muestra presentaba un alto nivel de desgaste profesional. Un 42,5% presentaba un alto nivel de cansancio emocional y un 65,5% experimentaba niveles de despersonalización altos. Sin embargo solo un 21% de la muestra había experimentado sentimientos de fracaso altos en relación al logro individual. El estudio mostró también una correlación significativa entre el desgaste profesional y la incapacidad para un adecuado desempeño laboral.

Saharian, Fazalzadeh, Mehdizadeh, et al. (2009) analizaron los niveles de Burnout en enfermeras de diferentes especialidades (quemados,

psiquiatría, cirugía y medicina interna). Los resultados del estudio indicaron que las enfermeras de las salas de psiquiatría mostraron niveles significativamente más altos de agotamiento emocional y despersonalización, en comparación con las enfermeras que trabajan en otras salas y, además, que las enfermeras de las salas de quemados mostraron niveles significativamente más altos de realización personal. Las enfermeras solteras se sentían más emocionalmente agotadas. Un 25% del total de la muestra presentaron puntuaciones altas en cansancio emocional y despersonalización, cuyos predictores más potentes de altos niveles fueron el turno de noche y la morbilidad psiquiátrica. Para las enfermeras de unidades de quemados y las de salas de cirugía los predictores más potentes de cansancio emocional fueron el turno de noche y la morbilidad psiquiátrica. En las salas de psiquiatría, los predictores del cansancio emocional fueron estar soltera, los turnos de noche y la morbilidad psiquiátrica, mientras que las enfermeras casadas y de más edad presentaban mayores niveles de realización personal.

Kovaks, M, Kovacks, E, y Hedeus, K (2010) analizaron las diferencias en el síndrome de Burnout entre enfermeras y médicos de Hungría. Observaron puntuaciones más altas para las enfermeras en cansancio emocional y despersonalización y más altas en médicos en realización

personal. Sin embargo, estas diferencias no resultaron ser estadísticamente significativas. Con la muestra en general observaron que los años de experiencia en el trabajo y el número de pacientes por semana fueron los factores más importantes que predicen el agotamiento emocional y la despersonalización.

Brooks, Bradd, Eyre, et al. (2010) analizaron los efectos de una intervención con musicoterapia en enfermeras en el síndrome de Burnout sin encontrar diferencias entre el grupo control y el grupo experimental tras la intervención.

Pavlakís, Raftopoulus y Theodorou (2010) trabajaron con una muestra de 172 fisioterapeutas de Chipre encontrando que el 21,1% de los participantes cumplieron los criterios del MBI. Observaron que mayor porcentaje de mujeres puntuaban más alto en realización personal, que el número de años trabajados correlacionaba negativamente con las puntuaciones en despersonalización y que la percepción de un trabajo estresante y el salario bajo fueron predictores significativos de las puntuaciones altas en agotamiento emocional, mientras que la edad y el sector de empleo fueron predictoras de puntuaciones más altas en despersonalización.

Chiron, Michinov, Olivier-Chirón, et al. (2010) analizaron el síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería francés, especializado en anestesiología, encontrando que el 68,9% de la muestra reportaban un bajo agotamiento emocional, un 34,4% de la muestra mostraba niveles medios o altos de despersonalización y un 64,9% un alto sentimiento de realización personal. También observaron mayores niveles de agotamiento emocional en mujeres y anestesistas jóvenes, que en hombres y anestesistas veteranos. En cuanto a la despersonalización, los médicos (M = 6.45) obtuvieron mayores medias que los enfermeros (M = 3.97). Igualmente ocurrió en realización personal donde los médicos (M = 31.79) también obtuvieron medias superiores respecto a los enfermeros (M = 27.99).

Losa, Becerro y Salvadores (2010) analizaron los niveles del Síndrome de Burnout en personal de enfermería asturiano que trabajaba en unidades de cuidados críticos. Observaron en el total de la muestra un alto nivel de cansancio emocional, un moderado nivel de despersonalización y bajos niveles de realización personal. Además encontraron que trabajar más de diez años en esta unidad correlacionaba positivamente con mayores niveles de cansancio emocional, que las enfermeras casadas mostraban mayores puntuaciones en esta escala (aunque las diferencias no eran estadísticamente significativas en comparación con las enfermeras

solteras) y que un mayor consumo de tabaco correlacionaba con mayores niveles de despersonalización.

Rios, Godoy y Sanchez-Meca (2011) analizaron la relevancia de variables personales en el desarrollo del Síndrome de Burnout. Observaron que la “personalidad resistente” correlacionaba, negativa y significativamente, con el cansancio emocional y la despersonalización y, positivamente, con la realización personal en el trabajo. Por otro lado, se observó una correlación, positiva y significativa, entre las dimensiones de cansancio emocional y despersonalización y la frecuencia de sintomatología psíquica, quedando la realización personal en el trabajo al margen de asociaciones significativas con esta variable.

Groter y Freeman (2011) analizaron el Síndrome de Burnout en una muestra de dentistas de Irlanda. Observaron que las puntuaciones medias de las tres escalas del MBI resultaron desfavorables para la muestra con respecto a los niveles que establece la escala. El 26% de la muestra presentaba puntuaciones altas en cansancio emocional y despersonalización y bajas en realización personal. Las demandas del trabajo (número de pacientes a la semana, horas de trabajo directo, horas de trabajo administrativo, etc.) correlacionaron positivamente con las

escalas de cansancio emocional y despersonalización y la realización personal correlacionó negativamente con los problemas personales.

2. OBJETIVOS

- El objetivo general de este estudio es obtener información sobre las condiciones de trabajo y la existencia o no del riesgo de burnout en el colectivo de médicos neumólogos de la red pública hospitalaria del Principado de Asturias.
- Asimismo, pretendemos obtener el perfil sociodemográfico y laboral de los profesionales encuestados.
- Analizar los niveles de burnout que presentan estos profesionales por dimensiones (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización Personal).
- Analizar los niveles de burnout que presentan estos profesionales por categorías (niveles) profesionales (Residentes, Adjuntos y Jefes de Sección).
- Analizar los niveles (grados) de burnout que presentan estos profesionales en los distintos hospitales que conforman la muestra.

- Analizar si existe una relación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas del cuestionario que han cumplimentado y las dimensiones del burnout, es decir, Agotamiento Emocional, Despersonalización y Baja Realización personal, en los médicos neumólogos de la red pública hospitalaria asturiana.
- Analizar comparativamente los resultados de la muestra con otros estudios realizados anteriormente por otros autores.

3. HIPÓTESIS

PRIMERA.- Dado que el Burnout ha sido motivo de reflexión en numerosos estudios, foros, y publicaciones especializadas, en los que se ha reseñado la sobrecarga asistencial y sus posibles efectos sobre los médicos: depresión, alcoholismo, drogadicciones, llegando a situaciones de suicidio; es preciso tomar conciencia de esta situación porque la mayor parte de los profesionales lo sufren en silencio, con las consiguientes repercusiones familiares, sociales y laborales, si la situación se cronifica. En base a ello, teniendo en cuenta la importancia del problema y partiendo de la prevalencia del citado riesgo en el sector sanitario, suponemos que se puede dar también en el colectivo de médicos neumólogos de la red pública asturiana. De ahí la curiosidad de investigar su existencia.

SEGUNDA.- El personal sanitario que mayor agotamiento emocional sufre presenta también sentimientos de despersonalización más frecuentemente y de modo significativo, es decir, la dimensión despersonalización es directamente proporcional a la dimensión de agotamiento emocional.

TERCERA.- Agotamiento emocional y despersonalización son inversamente proporcionales a logro y realización personal.

CUARTA.- Los factores sociodemográficos y laborales son buenos predictores del riesgo de burnout.

QUINTA.- Los mayores niveles de burnout se dan en las categorías profesionales que ostentan mayor responsabilidad en la organización.

4. MATERIAL Y MÉTODO

4.1 Ámbito geográfico

Se trata de un estudio transversal, descriptivo y analítico, en médicos neumólogos de la red pública hospitalaria de la Comunidad Autónoma de Asturias.

Se han incluido en el estudio las Unidades de Neumología de los hospitales siguientes:

Tabla 4

Centro Hospitalario	Nº de Neumólogos (marzo-abril 2010)	Nº de participantes en la muestra	N = 49
H. Silicosis HUCA - Oviedo	35	15	30,62%
H. Alvarez Builla - Mieres	4	4	8,16%
H. San Agustín - Avilés	7	7	14,29%
H. Valle del Nalón – Langreo	4	4	8,16%
H. de Jario - Coaña	2	2	4,08%
H. Carmen y Severo Ochoa - Cangas del Narcea	1	1	2,04%
H. de Cabueñes - Gijón	11	11	22,45%
H. de Arriendas - Arriendas	1	1	2,04%
H. de Jove - Gijón	4	4	8,16%
Total	69	49	100,00%

4.2 Sujetos

Criterios de inclusión: Este trabajo se ha realizado sobre un 71% (49) de los médicos neumólogos, en situación de activo en el período marzo-abril de 2010, en los hospitales públicos anteriormente expuestos en la tabla 4 y que tuvieran al menos dos meses de experiencia laboral en el centro y voluntariamente han decidido participar en este estudio.

Criterios de exclusión: Se han excluido del estudio:

Los médicos que durante el período de recogida de datos del estudio se encontraban de baja por cualquier causa o fuera de su destino habitual por comisión servicio, realización de cursos, etc.

4.3 Duración

La duración del estudio ha sido de dieciocho meses, desde diciembre de 2009 hasta mayo de 2011, ambos inclusive, durante los cuales se ha realizado el diseño del estudio, se han pedido los permisos pertinentes y se han recogido y analizado los datos.

4.4 Variables

1. Variables dependientes:

1.1. Se han recogido como variables dependientes las tres dimensiones del burnout: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y Baja Realización Personal (BRP), que se han clasificado en tres niveles: bajo, medio y alto, de acuerdo con los puntos de corte establecidos previamente en la literatura, como se recoge en la tabla 5.

Tabla 5. Puntos de corte en las tres dimensiones del Burnout.

	NIVEL (Grado)		
	BAJO	MEDIO	ALTO
Agotamiento Emocional	<19	19-26	>26
Despersonalización	<6	6-9	>9
Baja Realización Personal	>39	34-39	<34

En las tres escalas la puntuación mínima alcanzable es 0, mientras que la máxima es 54 para AE, 30 DP y 48 para BRP.

1.2. Se han recogido también los tres niveles del burnout: bajo, medio, y alto, dependiendo de la presencia de estos niveles en alguna de las tres dimensiones del burnout.

1.3. Se ha recogido la presencia del burnout como variable dicotómica:

SI: niveles medios y altos de burnout.

NO: niveles bajos de burnout.

2. *Variables independientes*, se han considerado:

2.1. Edad, como variable cuantitativa. Se ha medido en años cumplidos.

2.2. Estado civil, variable cualitativa con las siguientes categorías:

- Soltero
- Casado
- Otros

2.3. Sexo, variable cualitativa con las siguientes categorías:

- Hombre
- Mujer

2.4. Categoría profesional, variable cualitativa con las siguientes categorías:

- Jefe de Sección

- Adjunto
- Residente

2.5. Antigüedad en el puesto, variable cuantitativa.

2.6. Situación laboral, variable cualitativa con las siguientes categorías:

- Estatutario
- Funcionario
- Contrato Fijo
- Interino
- MIR

2.7. ¿Está en desacuerdo con su salario? Variable cualitativa dicotómica.

2.8. ¿Realiza guardias? Variable cualitativa dicotómica.

2.9. ¿Realiza más de tres tareas laborales diferentes en el día? Variable cualitativa dicotómica

2.10. ¿Realiza más de tres tareas laborales diferentes en el día? Variable cualitativa dicotómica.

2.11. ¿Se siente presionado en el trabajo? Variable cualitativa dicotómica.

2.12. ¿Tiene que adaptarse a cambios tecnológicos en el trabajo? Variable cualitativa dicotómica.

2.13. ¿Requiere la i/ntervención de otros para realizar su tarea? Variable cualitativa dicotómica.

2.14. ¿Está conforme con la organización del trabajo en su puesto? Variable cualitativa dicotómica.

4.5 Evaluación psicométrica del burnout y validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBY-HSS)

En este apartado se realiza una revisión del Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981, 1986), basada en estudios empíricos que defienden y apoyan el cuestionario así como de las investigaciones que muestran sus debilidades.

La primera fase de estudio del burnout, se desarrolla en los años 70, los trabajos al respecto son principalmente exploratorios y descriptivos, centrándose en la comprensión del burnout como fenómeno. En los años 80, comienza la investigación propiamente empírica con metodología cuantitativa y utilizando poblaciones más extensas de sujetos. Se

desarrollan diferentes medidas para comprender el burnout, pero la más utilizada es el MBI.

Originalmente, este cuestionario se diseñó para utilizarlo en el sector servicios, posteriormente se amplió a la enseñanza y, finalmente, en los años 90, se extendió su uso a otras profesiones (clero, tecnología informática, militares, ejecutivos).

El burnout se define así con una estructura factorial en tres factores ortogonales para evaluar la frecuencia con la que los profesionales perciben baja realización personal en el trabajo (8 ítems), agotamiento emocional (9 ítems), y despersonalización (5 ítems).

Aunque originalmente el MBI, en su versión de 1981, estaba formado por cuatro escalas, las tres anteriormente expuestas y otra denominada "Implicación con el trabajo", ésta se elimina en la nueva versión de 1986.

En la primera versión, el cuestionario contenía 47 ítems con dos formatos de respuesta, frecuencia e intensidad. Finalmente, siguiendo el criterio de mantener los ítems con un peso factorial de .40, el cuestionario se reduce a 22 ítems.

En la versión de 1986, se apuesta por la escala de frecuencia que presenta la correlación más alta entre ambas dimensiones de evaluación

($r = .73$ con una media de $r = .56$) y, que reproduce la estructura de evaluación de otras medidas de tipo auto informe, de actitudes y de sentimientos.

Debido a la necesidad de ampliar el estudio del burnout a otros colectivos, en la última edición del MBI-HSS, los autores consideran imprescindible identificar las diferentes versiones del MBI:

a) *MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey)* (Maslach, Jackson y Leiter, 1996) dirigido a profesionales de la salud. Este instrumento es la versión clásica del MBI (Maslach y Jackson, 1981) constituido por 22 ítems, distribuidos en 3 escalas.

b) *MBI-ES (Maslach Burnout Inventory-Educators Survey)* como versión dirigida a los profesionales de educación, (Schwab, 1986). Esta versión cambia la palabra paciente por alumno, reproduce la misma estructura factorial del MBI-HSS, y mantiene el nombre de las escalas.

c) *MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey)* dirigido más al trabajo propiamente que a las relaciones (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996). Con el MBI-GS, los componentes principales del burnout se redefinen identificando tres: agotamiento, cinismo (actitud distante ante el trabajo) y disminución de la eficacia personal, que se engloban en un aspecto emocional (agotamiento emocional y despersonalización) y en otro cognitivo-aptitudinal (realización personal).

Varios estudios confirman la estructura factorial en tres factores similares a la estructura original del manual (Moreno-Jiménez, Rodríguez-Carvajal y Escobar, 2001; Richardsen y Martinussen, 2005, Gil-Monte, 2002) y su validez factorial (Bakker, Demerouti, y Schaufeli, 2002; Schutte, Toppinen, Kalimo, y Schaufeli, 2000; Taris, Schreurs, y Schaufeli, 1999).

En base a la revisión de la literatura al respecto se exponen a continuación las ***principales fortalezas*** del cuestionario MBI.

En primer lugar, el MBI tiene una *amplia aceptación internacional*. Tanto en España como en otros países, el MBI-HSS es el instrumento que con mayor frecuencia se ha utilizado, lo que ha permitido desarrollar estrategias de comparación de resultados a través de las distintas adaptaciones (Holanda: Schaufeli y Van Dierendock, 1995; España: Gil-Monte y Peiró, 2000; Portugal: Carlotto y Gonçalves, 2004).

En segundo lugar, los diferentes estudios factoriales de carácter exploratorio han reproducido una *estructura de tres factores* similar a la del manual para las diferentes versiones del MBI, ya sea mediante rotación ortogonal (Söderfeldt, Söderfeldt, Warg y Ohlson, 1996) o rotación oblicua (Abu-Hilal, 1995).

Diversos estudios que han realizado análisis factorial confirmatorio aconsejan utilizar la estructura de tres factores (Boles *et al.*, 2000; Bakker *et al.*, 2002; Aluja, Blanch y García, 2005; Shirom y Melamed, 2006).

En tercer lugar, los *estudios longitudinales de test-retest muestran una estabilidad temporal* en los resultados obtenidos en las tres escalas, particularmente agotamiento emocional es la más estable temporalmente y despersonalización (cinismo) la menos estable. Maslach *et al.* (1996) muestran valores de fiabilidad en periodos de 1 mes entre .60 y .82, los coeficientes disminuyen ligeramente al considerar un periodo superior a un año tanto en el MBI-HSS ($.57 < r < .60$) como en el MBI-GS ($.60 < r < .67$).

En cuarto lugar, existe suficiente evidencia de *validez convergente* del MBI. Las puntuaciones del MBI correlacionan significativamente con las reacciones de los empleados a sus clientes, las conductas en casa y el tiempo dedicado al contacto directo con los clientes (Moreno-Jiménez, Bustos, Matallana y Miralles, 1997). La puntuación global del MBI mide parcialmente el mismo constructo que el Tedium Measure (TM), el Staff Burnout Scale (SBS-HP) y el Meier Burnout Assessment (MBA).

Estos instrumentos explican el 25 % de la varianza del MBI (Schaufeli, Enzmann y Girault, 1993, Schaufeli y Enzmann, 1998).

Más del 90% de los estudios realizados sobre el burnout utiliza el MBI como instrumento de medida (Shirom y Melamed, 2006). A pesar de la aceptación internacional del MBI como instrumento de medida del burnout y de su aceptable apoyo empírico en diversas muestras ocupacionales, surgen voces críticas a la utilización del mismo de forma exclusiva, debido fundamentalmente a sus ***debilidades psicométricas y conceptuales*** que se han puesto de relieve en diferentes estudios. (Kristensen, Borritz, Villadsen, y Christensen, 2005).

En primer lugar, la definición del burnout no es el resultado del análisis teórico del fenómeno, sino que ha sido definido a partir de las múltiples *estimaciones psicométricas del MBI*.

En segundo lugar, originalmente, el burnout se ha medido con el MBI-HSS dirigido a evaluar el fenómeno en las profesiones de ayuda a personas. Maslach *et al.* (1996) con el fin de *ampliar la medida del burnout* a otros colectivos, desarrollan nuevas versiones en las que se reproduce los fundamentos teóricos de las primeras versiones, sin plantear una nueva base conceptual (Kristensen *et al.*, 2005).

Al incluir de forma paralela en sus nuevas versiones del instrumento, constructos no equiparables como despersonalización/cinismo; realización personal en el trabajo/eficacia profesional no se hace más que aumentar la falta de claridad conceptual (Gil-Monte, 2005).

En tercer lugar, las investigaciones sobre validez discriminante son escasas (Schaufeli *et al.*, 1993), en general muestran escasas correlaciones entre burnout y satisfacción en el trabajo y deseabilidad social (Moreno-Jiménez *et al.*, 1997). Por ejemplo, diversos estudios han planteado la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial entre la depresión y el burnout (Brenninkmeyer, VanYperen y Buunk, 2001; Schaufeli *et al.*, 2001; Iacovides, Fountoulakis, Kaprinis y Kaprinis, 2003) porque son términos conceptualmente diferentes, aunque se hayan relacionado estadísticamente de forma positiva (Brenninkmeyer *et al.*, 2001).

Unido al punto anterior, otra de las críticas emitidas se refiere a la necesidad de utilizar el MBI como un cuestionario de *diagnóstico clínico*. Sin

embargo, el sistema actual sólo presenta puntos de corte en base a normas estadísticas que conllevan también, como veremos en el siguiente apartado, sesgos estadísticos.

Por otro lado, aunque la *validez convergente* de las dimensiones de agotamiento emocional y de despersonalización es aceptada, existen discrepancias en cuanto a la variable realización personal encontrándose resultados poco consistentes (Schaufeli y Enzmann, 1998).

Varios estudios han obtenido estructuras factoriales con fundamento teórico diferente a la ofrecida por el manual. El MBI puede presentar debilidades psicométricas con relación a la *validez factorial* con diferentes muestras de colectivos ocupacionales (Bakker *et al.*, 2002; Grajales, 2000; Halbesleben y Buckley, 2004). Algunos de estos estudios recomiendan utilizar solo dos factores: el primero compuesto por agotamiento emocional y despersonalización y, el segundo factor, formado por realización personal en el trabajo (Halbesleben y Buckley, 2004; Kalliath, O' Driscoll, Gillespie y Bluedorn, 2000). En otros estudios, incluso aparecen cuatro (Gil-Monte y Peiró, 1999 b), cinco factores (Densten, 2001), y hasta siete factores (García, Llor y Sáez, 1994). Esta dificultad evidencia una deficiente estructura factorial, una ambigüedad en sus dimensiones básicas y problemas en la construcción de las escalas (Bakker *et al.*, 2002; Halbesleben y Buckley, 2004).

Otra de las críticas realizadas afecta directamente a las dimensiones mismas del burnout. En primer lugar, la dimensión del agotamiento emocional se refiere sólo al componente afectivo, pero algunas

investigaciones han sugerido que debería incluir otros aspectos como el cognitivo y el físico para comprender y evaluar más efectivamente el fenómeno en toda su amplitud (Halbesleben y Demerouti, 2005).

En segundo lugar, la escala de realización personal al evaluarse en positivo (realización personal en el trabajo) o de forma inversa (baja realización personal en el trabajo) afecta significativamente a diferentes parámetros estadísticos del MBI (Bouman, Brake y Hoogstraten, 2002; Bresó *et al.*, 2007). Los estudios recientes del MBI sugieren que la dimensión baja realización personal en el trabajo pudiese no ser parte del concepto total del burnout, concluyéndose que ésta dimensión probablemente es independiente de las otras dos dimensiones. El modelo teórico de Leiter (1993) asume que el tercer componente del burnout se desarrolla independientemente del agotamiento y del cinismo.

Los resultados obtenidos en el metanálisis de De Rijk, Le Blanc, Schaufeli y de Jonge (1998) confirman esta independencia del factor eficacia profesional.

En otros estudios, la variable realización personal en el trabajo se desdobló en dos dimensiones: competencia profesional autopercibida y sentido existencial del trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1999 b). Schaufeli *et al.* (2001) plantean también dudas en cuanto a la consistencia interna de la dimensión de realización personal en el trabajo. Más que una dimensión se interpreta como un rasgo de personalidad o una estrategia de afrontamiento. En comparación con las otras dos, el agotamiento emocional y la despersonalización, no serían tan importantes en el burnout.

Otro de los problemas psicométricos del MBI tiene que ver con los valores relativamente bajos de *consistencia interna* que con cierta frecuencia se obtienen para la dimensión de despersonalización principalmente en contextos no asistenciales (Leiter y Maslach, 1988) y, debido al menor número de ítems (Moreno-Jiménez et al., 1997), encontrándose valores entre $\alpha = .42$ y $\alpha = .64$. (Bouman *et al.*, 2002; Gabassi, Cervai, Rozbowski, Semeraro y Gregori, 2002; Richardsen y Martinussen, 2005). En muestras españolas, la escala de despersonalización presenta con frecuencia valores por debajo de $\alpha = .60$ (Ferrando y Pérez, 1996, $\alpha = .55$ y $\alpha = .61$; García *et al.*, 1994, $\alpha = .34$).

Por otra parte, los ítems de la escala de despersonalización presentan valores de asimetría que exceden demasiado el criterio de normalidad (± 1), lo que dificulta una posible mejora y desarrollo psicométrico de la escala.

Se ha constatado que el MBI posee una cierta ambigüedad factorial en sus ítems, ya que se alcanzan cargas factoriales relevantes en más de un factor. En concreto, los ítems 2, 6, 12, 16 y 20 presentan una carga factorial en dimensiones paralelas, lo que ha llevado a Maslach *et al.* (1996) a sugerir la omisión de los ítems 12 y 16 en los estudios factoriales confirmatorios, que se resuelvan a través de modelos de ecuaciones estructurales (Densten, 2001). Estos dos ítems, ítem 12 (realización personal) e ítem 16 (agotamiento emocional) presentan problemas para asignarlos a la dimensión correspondiente (Maslach, *et al.*, 1996). El ítem 12 elaborado para medir la realización personal satura en agotamiento emocional, y los ítems 16 y 20 que teóricamente pertenecen a la escala de

agotamiento emocional, saturan en despersonalización. Además, el ítem 2 presenta multicolinealidad con el ítem 1 y por último, el ítem 6, indicador de agotamiento emocional, también ha presentado problemas de ambigüedad factorial en varios estudios pues carga factorialmente en despersonalización.

Una dificultad añadida del MBI, son las limitaciones técnicas debidas a su *composición gramatical* y, a sus múltiples e imprecisas *traducciones* provenientes en su mayoría de Norteamérica, que no tienen en cuenta la especificidad cultural, el género, y las diferencias socioeconómicas (Aluja *et al.*, 2005).

En esta línea, se ha señalado también que los enunciados se centran en emociones y sentimientos, no haciendo referencia a las conductas emergentes una vez desencadenadas las emociones (cf.: ítems 1, 2, 3, 6, 8, 16 y 20 del MBI) (Ortega y López, 2004).

A pesar de los problemas psicométricos expuestos, el MBI presenta en general una consistencia interna de las escalas buena y su validez factorial es satisfactoria. Aunque con limitaciones, la validez convergente y divergente también es aceptable.

5. RESULTADOS

Para la recogida de datos se ha entregado un sobre a cada participante, en el que se han adjuntado dos cuestionarios autoadministrados: el Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), validado por Seisdedos en 1997, y el cuestionario de variables sociodemográficas y laborales (Anexo 1), así como un carta de presentación (Anexo 2), donde se agradecía el consentimiento y la participación en este estudio y se aseguraba la total confidencialidad de los datos. Este sobre ha sido entregado mediante entrevista personal a los médicos neumólogos de los Hospitales anteriormente referenciados, es decir, H. Carmen y Severo Ochoa en Cangas del Narcea, H. Alvarez Builla en Mieres, H. de Jarrío en Coaña, H. de Arriondas, H. de Jove en Gijón, H. de Cabueñes en Gijón, H. Valle del Nalón en Langreo, H. San Agustín en Avilés, y H. de Silicosis (HUCA) en Oviedo.

Una vez cumplimentados los cuestionarios se pasó a recogerlos personalmente, a los 10 días de haberlos entregado.

El cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI 1986) lo empleamos con el fin de evaluar las tres dimensiones del síndrome. Esta versión que hemos empleado sólo puntúa la frecuencia y está compuesta por 22 items tipo Likert, en forma de afirmaciones referidas a actitudes,

emociones y sentimientos personales del profesional en su trabajo y hacia las personas a las que tiene que atender. Evalúa en qué medida el contenido de cada ítem es aplicable al trabajo que desempeña. Pueden ser valorados de acuerdo con la frecuencia con la que el profesional (neumólogo) experimenta una serie de sentimientos cuantificados de 0 a 6. Los 22 ítems están agrupados en tres dimensiones o escalas, derivadas de la factorización de las mismas, y cada una evalúa los tres rasgos o síntomas característicos que definen el burnout: Agotamiento emocional, Despersonalización y Baja realización personal. El profesional que sufre burnout obtendrá en el MBI (1986) puntuaciones altas en Agotamiento emocional (el sujeto está soportando una tensión más allá de sus posibilidades y límites), en Despersonalización (el trabajador tiende a distanciarse de los demás y a pensar en ellos como objetos) y Baja realización personal (para el individuo su trabajo no merece la pena).

En cuanto a las propiedades psicométricas del cuestionario de Maslach (Maslach y Jackson, 1986), la consistencia interna estimada por las autoras, es de 0,90 para el Agotamiento emocional, de 0,79 para la despersonalización y de 0,71 para Baja realización personal.

En el cuestionario de elaboración propia para este trabajo, se recogen las variables sociodemográficas y laborales como la edad, estado civil, sexo, categoría profesional, antigüedad en el puesto de trabajo, situación laboral, ¿está en desacuerdo con su salario?, ¿realiza guardias?, ¿realiza más de tres tareas laborales diferentes en el día?, ¿se siente presionado en el trabajo?, ¿tiene que adaptarse a cambios tecnológicos en el trabajo?, ¿requiere la intervención de otros para realizar su tarea?, ¿está conforme con la organización del trabajo en su puesto?

Análisis estadístico.

El análisis de los datos se ha efectuado utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows. Se ha realizado un estudio estadístico descriptivo y analítico.

Estudio descriptivo:

1. Las variables sociodemográficas analizadas con el conjunto de toda la muestra se han descrito a través de las frecuencias y porcentajes sobre el total en cada categoría de cada variable (ver Sección A).
2. Con el fin de analizar más detalladamente cada ítem, se presenta en la Sección B la media y desviación típica de las respuestas emitidas

para cada uno de ellos por los neumólogos que han participado en esta investigación. Y, además, la frecuencia de cada una de las respuestas dadas en función de las diferentes alternativas que se les facilitaba en el cuestionario para cada pregunta.

3. Los resultados globales de la muestra para las tres dimensiones de Burnout se presentan en el apartado "Resultados globales por dimensiones" aportando para cada dimensión el nivel medio de la misma y la frecuencia y porcentaje de neumólogos que presentan puntuaciones altas, medias y bajas en agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Afinando la descripción de los resultados, incluyendo también la frecuencia y porcentaje de neumólogos que presentan puntuaciones altas, medias y bajas en agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, en función de su categoría profesional.
4. Con el fin de discriminar posibles diferencias entre los hospitales con los que se ha trabajado, se ha analizado también la frecuencia y porcentaje de neumólogos que presentan niveles bajos, medios y altos de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, en función del centro hospitalario en que desempeñan su labor.
5. Por último, con la intención de detallar al máximo los resultados obtenidos y analizar la posible influencia de cada una de las variables sociodemográficas medidas en las tres dimensiones Burnout, se realizaron diferentes ANOVAS. Donde el agotamiento emocional, la

despersonalización y la realización personal se analizaron como variables independientes y los diferentes factores o categorías de cada una de las variables sociodemográficas como variables dependientes. Antes de cada ANOVA realizado, se presenta la prueba de Levene con el fin de mostrar la idoneidad del uso de dicha prueba en relación a la homogeneidad de varianzas.

5.1 Resultados obtenidos de la estadística descriptiva:

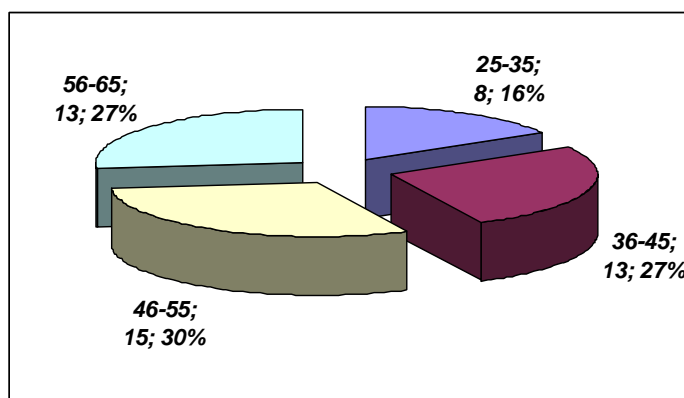
Las 49 encuestas recibidas representan una tasa de respuesta del 71,01% y nos permite obtener el siguiente perfil del médico neumólogo hospitalario público asturiano.

Para simplificar el análisis hemos agrupado la edad en 4 intervalos, como se puede observar en el cuadro de la parte inferior. La edad mínima es de 25 y la máxima de 65 años.

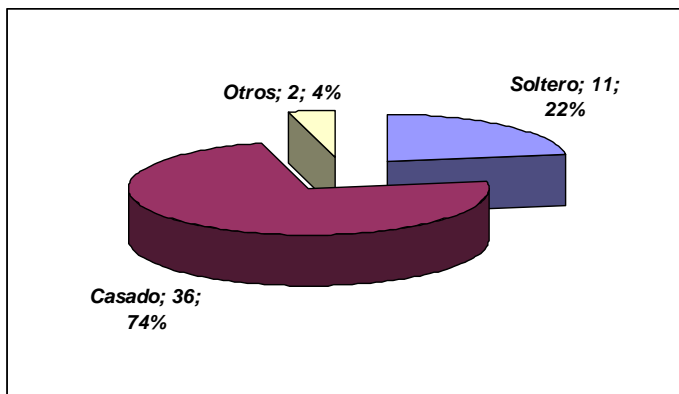
SECCION A

Edad

Edades	Frecuencia
25-35	8
36-45	13
46-55	15
56-65	13
Total	49



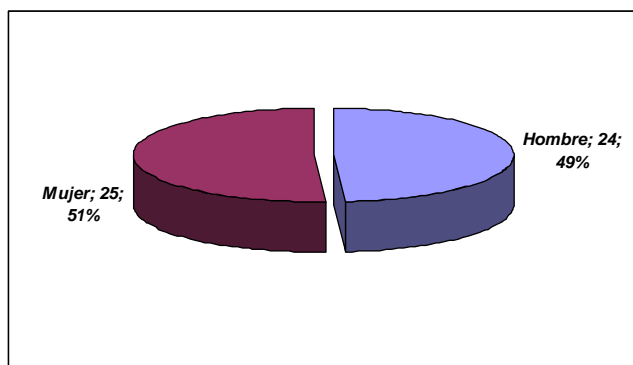
Estado Civil



Estado Civil	Frecuencia
Soltero	11
Casado	36
Otros	2
Total	49

Sexo

No hay diferencia significativa en cuanto al sexo, es decir, la mujer se encuentra representada dentro del departamento en igualdad numérica al hombre. Si bien es verdad que tan solo 1 mujer tiene el nivel de Jefe de Sección (H. Cabueñes).

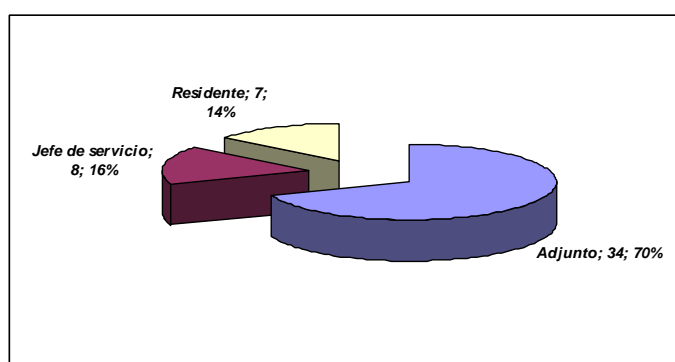


Sexo	Frecuencia
Hombre	24
Mujer	25
Total	49

Categoría Profesional

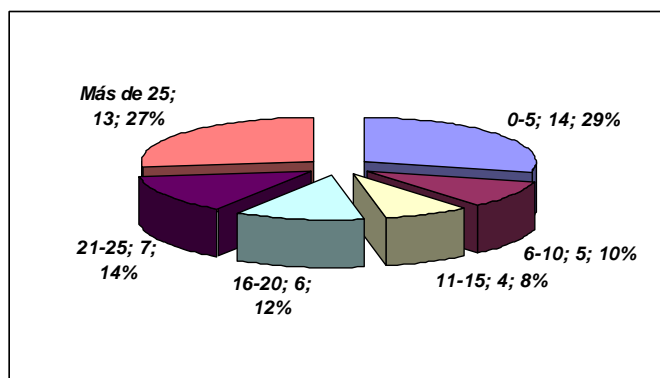
Las categorías laborales se han clasificado en 3 grupos (Jefes, Adjuntos y Residentes). Siendo los adjuntos, con un 70%, los que tienen una mayor presencia en el departamento.

Categoría Profesional	Frecuencia
Adjunto	34
Jefe de sección	8
Residente	7
Total	49



Antigüedad en el puesto

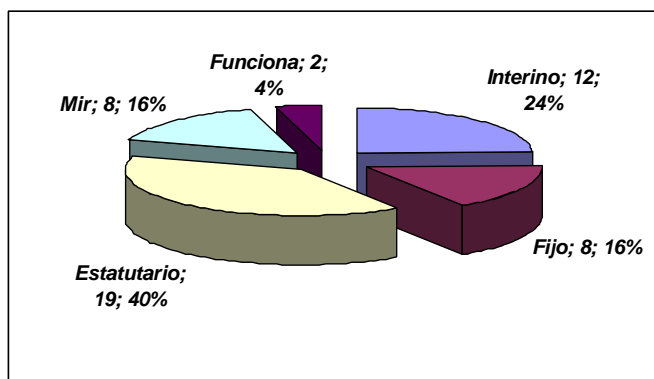
De igual manera, la antigüedad se ha clasificado en 6 rangos, por quinquenios. Va desde los 5 años hasta más de 25 años.



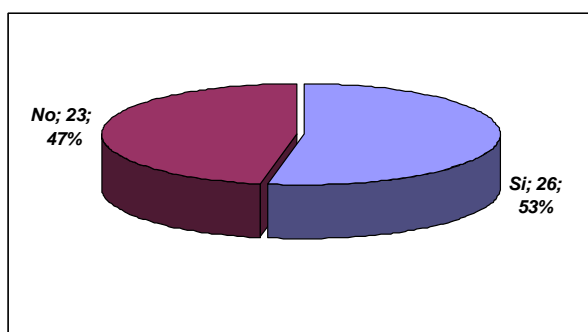
Antigüedad	Frecuencia
0-5	14
6-10	5
11-15	4
16-20	6
21-25	7
Más de 25	13
Total	49

Situación Laboral

Situación Laboral	Frecuencia
Interino	12
Fijo	8
Estatutario	19
MIR	8
Funcionarios	2
Total	49



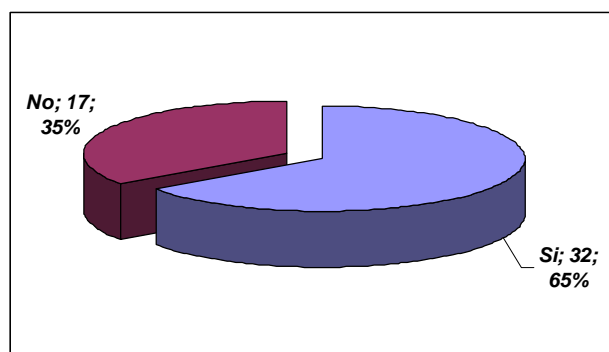
¿Está en desacuerdo con su salario?



Salario	Frecuencia
Si	26
No	23
Total	49

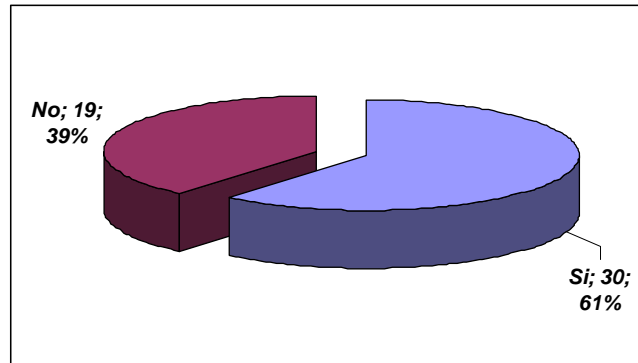
¿Realiza guardias?

Guardias	Frecuencia
Si	32
No	17
Total	49

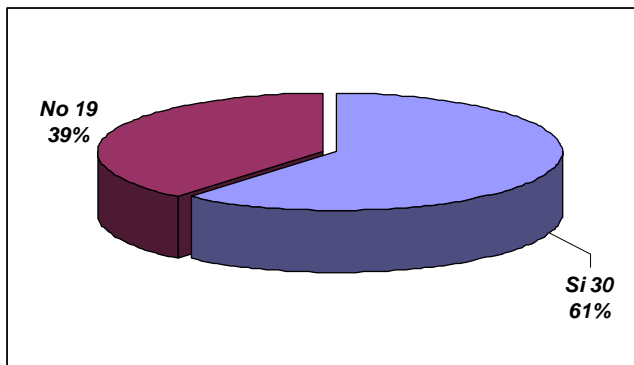


¿Realiza más de tres tareas laborales diferentes en el día?

Más de Tres Tareas	Frecuencia
Si	30
No	19
Total	49



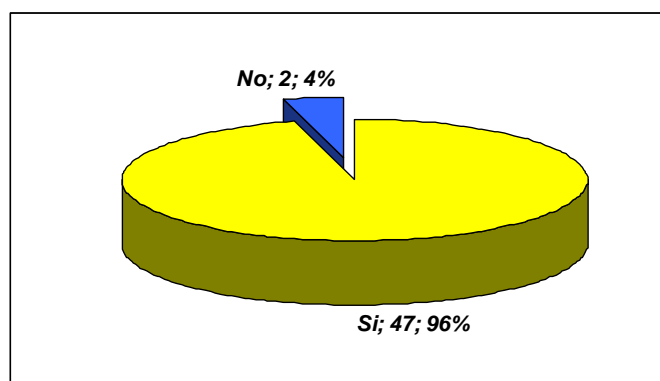
¿Se siente presionado en el Trabajo?



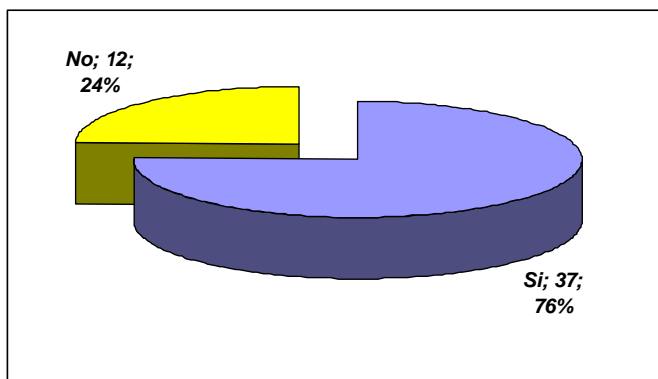
Presión en el Trabajo	Frecuencia
Si	30
No	19
Total	49

¿Tiene que adaptarse a cambios tecnológicos en el trabajo?

Cambios Tecnológicos	Frecuencia
Si	47
No	2
Total	49



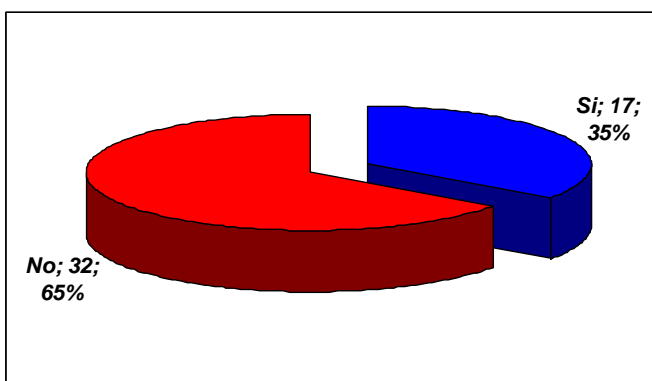
¿Requiere la intervención de otros para realizar su trabajo?



Intervienen otros	Frecuencia
Si	37
No	12
Total	49

¿Está conforme con la organización del trabajo en su puesto?

Organización del Trabajo	Frecuencia
Si	17
No	32
Total	49



SECCION B

Esta sección de la encuesta nos permite ofrecer una información detallada de cómo se posicionan los médicos neumólogos ante cada ítem, de los 22 que componen la escala de Maslach y Jackson, y nos da a conocer el porcentaje de elección de cada respuesta. Nos ofrece datos sobre aspectos concretos de cada factor (ítem). Esta información puede ayudar a orientar las acciones particulares que se han de emprender para la mejora de un determinado factor.

En el eje de las abscisas se representan los valores de la escala de Likert, desde el valor 0 (nunca) y el valor máximo 6 (diariamente). El valor medio representa el valor en torno al cual se localizan los datos. Cuanto mayor sea la media, se observará en la escala una puntuación más alta.

En el eje de las ordenadas se representa la frecuencia de respuesta para cada factor (ítem).

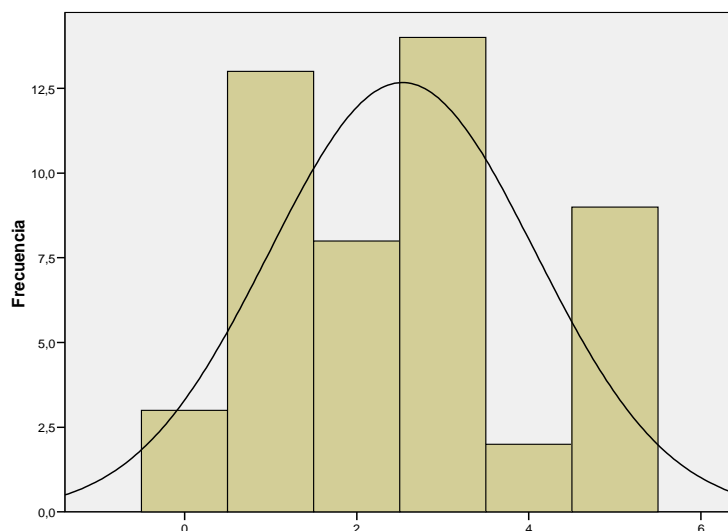
Además es interesante observar la desviación típica, que nos indica si los datos están agrupados cerca o dispersos de la media. Cuanto más grande sea la desviación típica, más dispersos se encontrarán de la media.

Si la desviación típica es pequeña los datos estarán más agrupados cerca de la media. Se suele mirar si es grande o pequeña en comparación con la media. Si está cerca del valor medio hay mucha dispersión, y si está cerca de cero habrá poca dispersión, es decir, los datos tienen todos la misma valoración.

A modo de ejemplo, en el primer caso analizado se refiere al ítem: “Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo”. En este supuesto la media es de 2,53. Como la valoración está entre 0 y 6 sería un valor bastante bajo. La desviación típica es casi tan grande como lo media, lo que significa que la media no va a ser representativa del total, puesto que existe mucha variedad en las valoraciones.

Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo

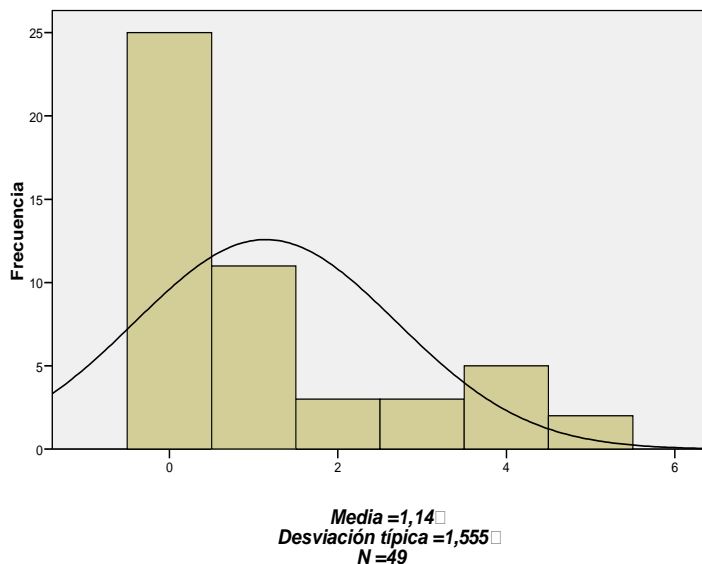
Categorías	Frecuencia
Nunca	3
Una o varias veces al año	13
Una vez al mes	8
Algunas veces al mes	14
Una vez a la semana	2
Algunas veces a la semana	9
Total	49



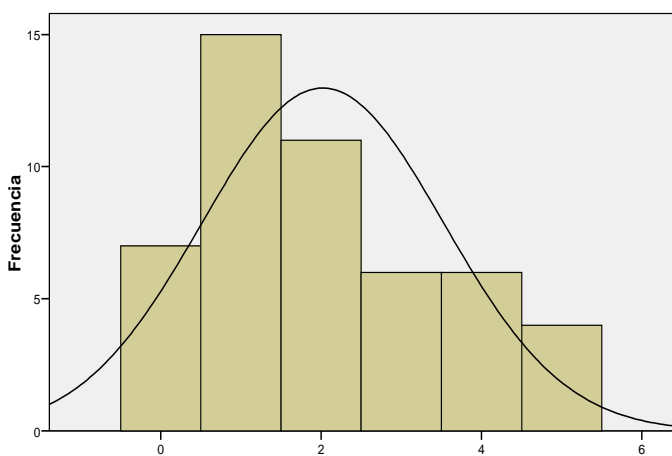
Media = 2,53
 Desviación típica = 1,542
 N = 49

Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío

Categorías	Frecuencia
Nunca	25
Una o varias veces al año	11
Una vez al mes	3
Algunas veces al mes	3
Una vez a la semana	5
Algunas veces a la semana	2
Total	49



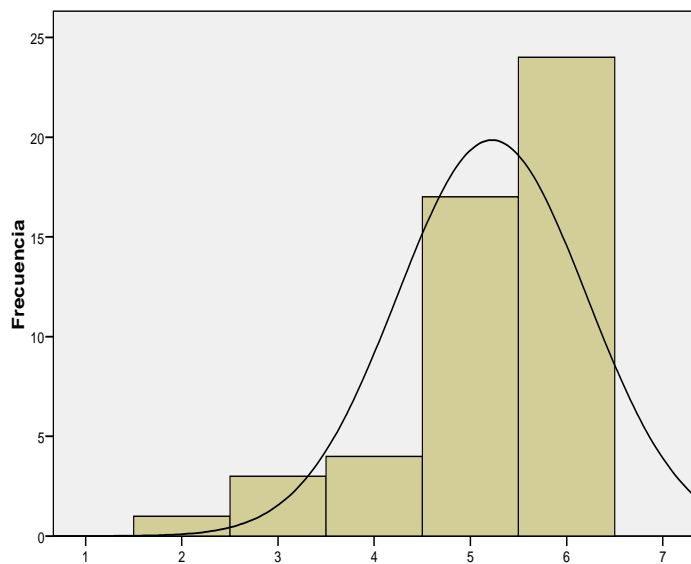
Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada, me siento fatigado



Categorías	Frecuencia
Nunca	7
Una o varias veces al año	15
Una vez al mes	11
Algunas veces al mes	6
Una vez a la semana	6
Algunas veces a la semana	4
Total	49

Media = 2,02
Desviación típica = 1,507
N = 49

Siento que puedo entender fácilmente a mis pacientes

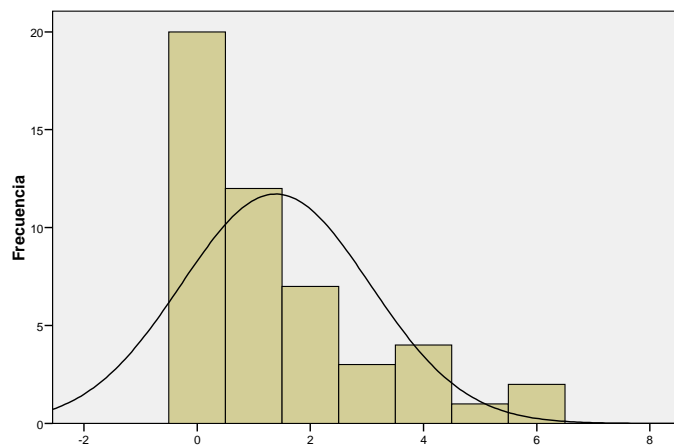


Media = 5,22
Desviación típica = 0,985
N = 49

Categorías	Frecuencia
Una o varias veces al año	1
Una vez al mes	3
Algunas veces al mes	4
Una vez a la semana	17
Algunas veces a la semana	24
Total	49

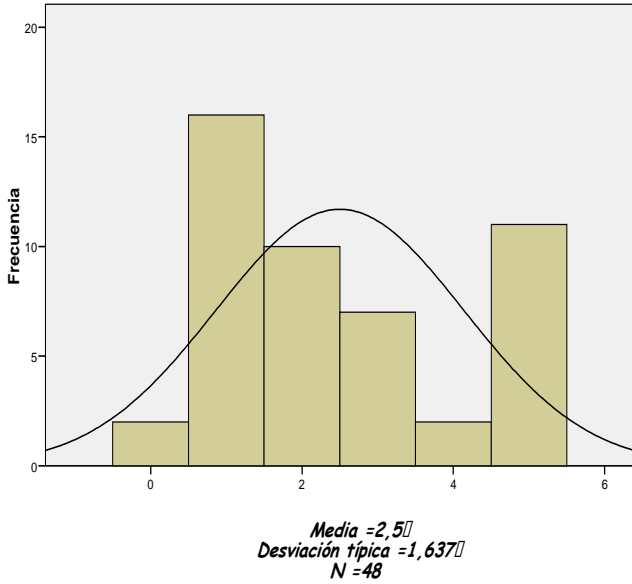
Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales

Categorías	Frecuencia
Nunca	20
Una o varias veces al año	12
Una vez al mes	7
Algunas veces al mes	3
Una vez a la semana	4
Algunas veces a la semana	1
Todos los días	2
Total	49



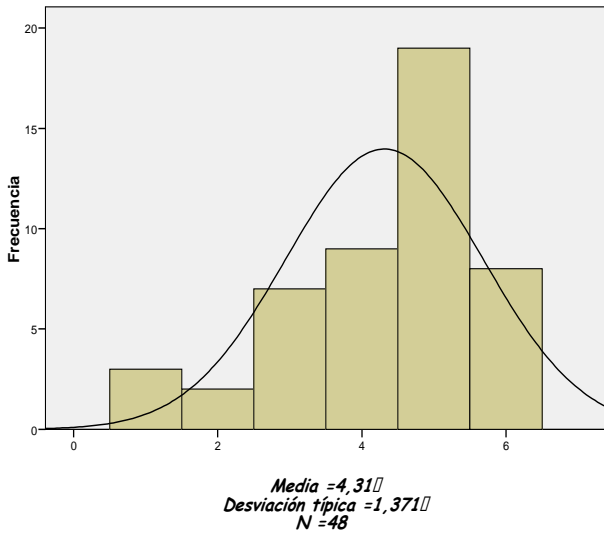
Media = 1,39
Desviación típica = 1,669
N = 49

Siento que trabajar todo el día con la gente, me cansa



Categorías	Frecuencia
Nunca	2
Una o varias veces al año	16
Una vez al mes	10
Algunas veces al mes	7
Una vez a la semana	2
Algunas veces a la semana	11
Total	48
Perdidos	1
Total	49

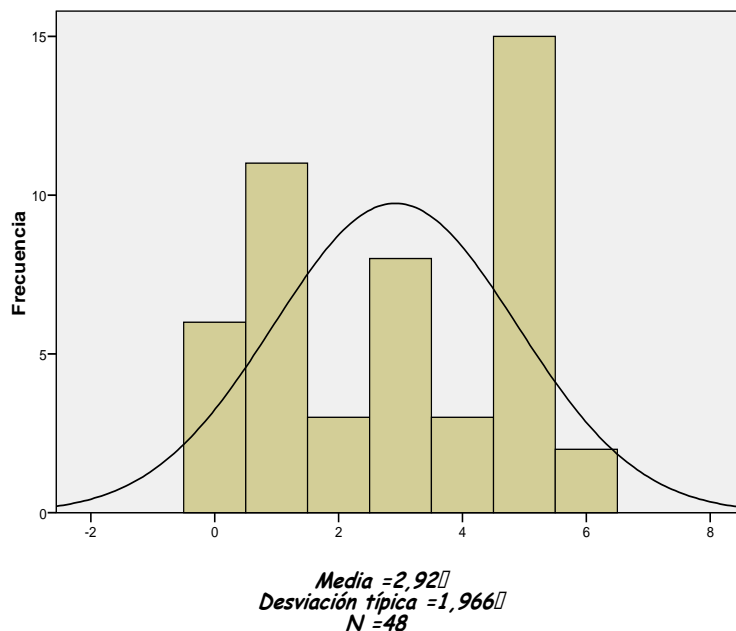
Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes



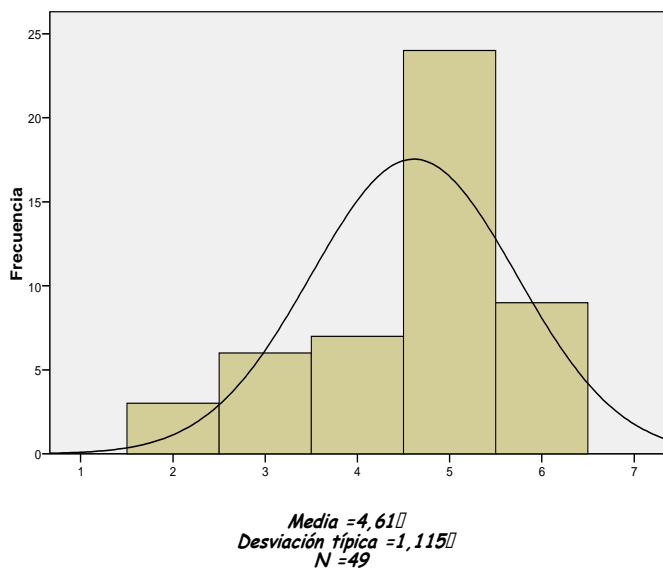
Categorías	Frecuencia
Nunca	3
Una o varias veces al año	2
Una vez al mes	7
Algunas veces al mes	9
Una vez a la semana	19
Algunas veces a la semana	8
Total	48
Perdidos	1
Total	49

Siento que el trabajo me está desgastando

Categorías	Frecuencia
Nunca	6
Una o varias veces al año	11
Una vez al mes	3
Algunas veces al mes	8
Una vez a la semana	3
Algunas veces a la semana	15
Todos los días	2
Total	48
Perdidos	1
Total	49



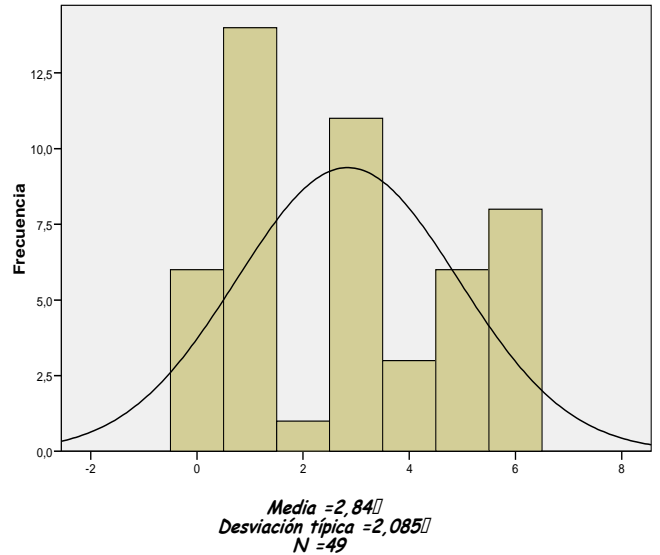
Siento que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas



Categorías	Frecuencia
Una vez al mes	3
Algunas veces al mes	6
Una vez a la semana	7
Algunas veces a la semana	24
Todos los días	9
Total	49

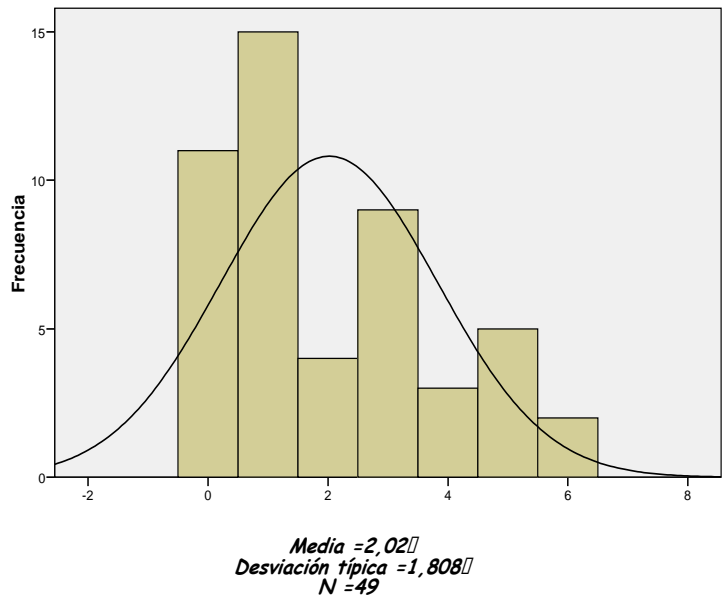
Siento que me he hecho más duro con la gente

Categorías	Frecuencia
Nunca	6
Una o varias veces al año	14
Una vez al mes	1
Algunas veces al mes	11
Una vez a la semana	3
Algunas veces a la semana	6
Todos los días	8
Total	49

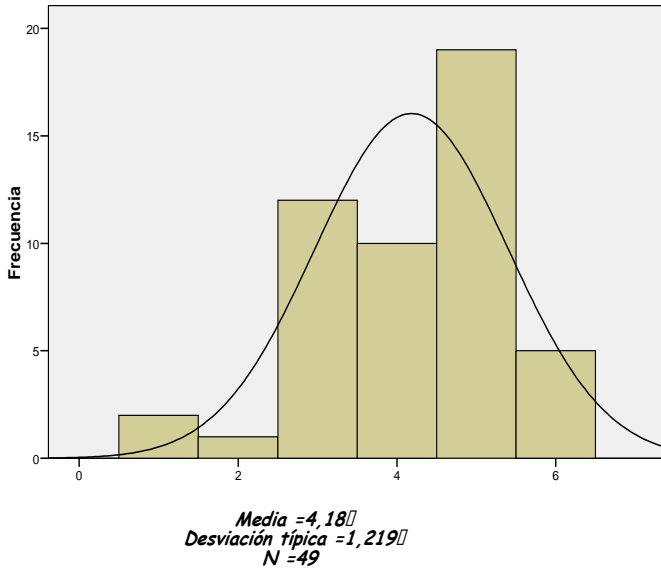


Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente

Categorías	Frecuencia
Nunca	11
Una o varias veces al año	15
Una vez al mes	4
Algunas veces al mes	9
Una vez a la semana	3
Algunas veces a la semana	5
Todos los días	2
Total	49

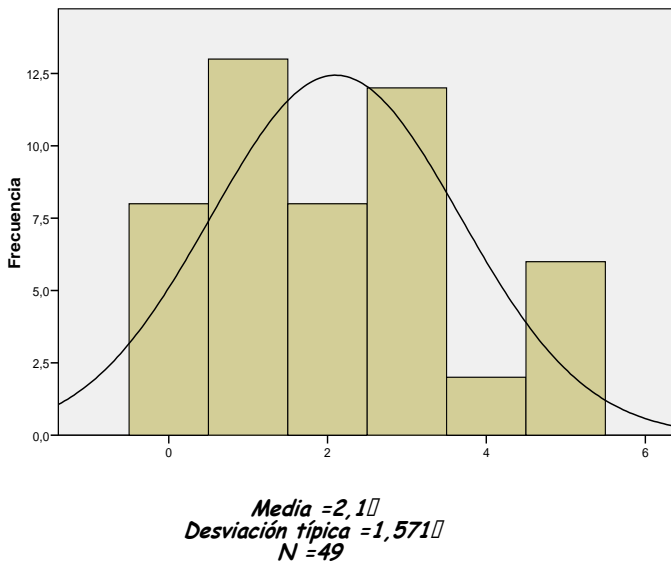


Me siento con mucha energía en mi trabajo



Categorías	Frecuencia
Nunca	2
Una o varias veces al año	1
Una vez al mes	12
Algunas veces al mes	10
Una vez a la semana	19
Algunas veces a la semana	5
Todos los días	49
Total	49

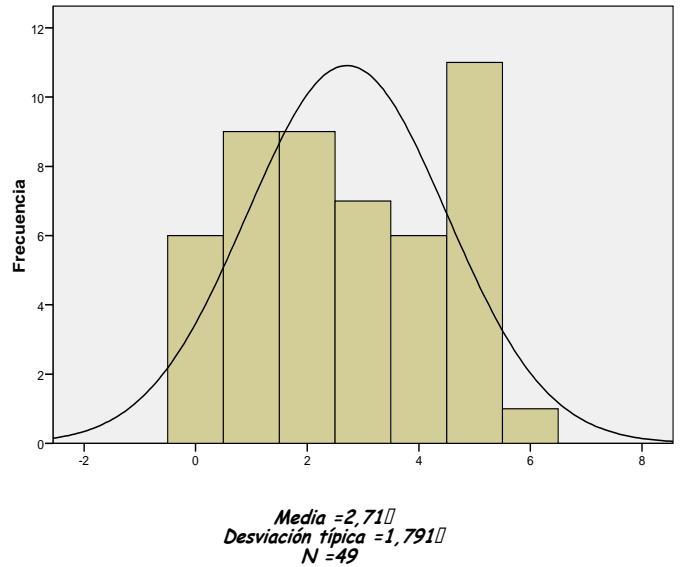
Me siento frustrado en mi trabajo



Categorías	Frecuencia
Nunca	8
Una o varias veces al año	13
Una vez al mes	8
Algunas veces al mes	12
Una vez a la semana	2
Algunas veces a la semana	6
Todos los días	49

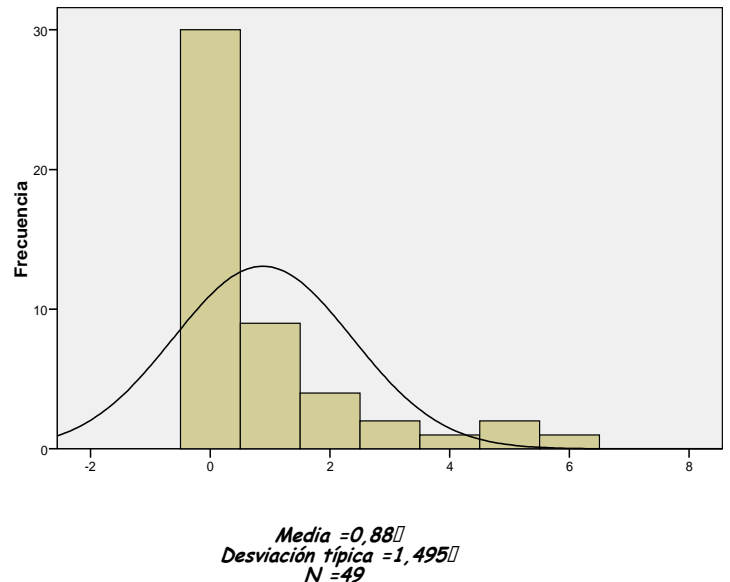
Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo

Categorías	Frecuencia
Nunca	6
Una o varias veces al año	9
Una vez al mes	9
Algunas veces al mes	7
Una vez a la semana	6
Algunas veces a la semana	11
Todos los días	1
Total	49



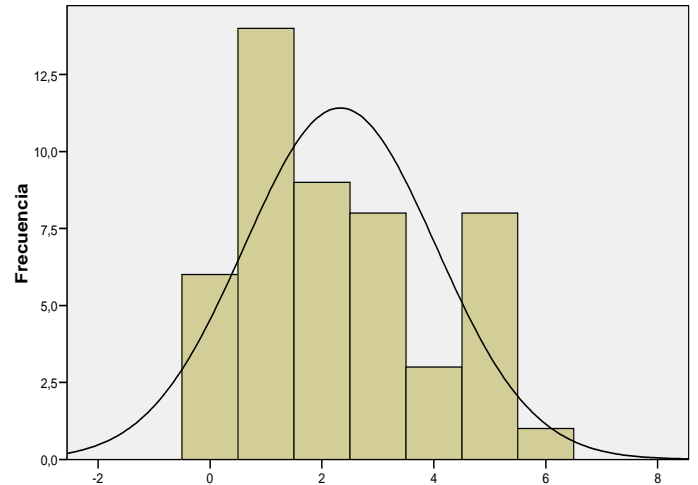
Siento que realmente no me importa lo que le ocurre a mis pacientes

Categorías	Frecuencia
Nunca	30
Una o varias veces al año	9
Una vez al mes	4
Algunas veces al mes	2
Una vez a la semana	1
Algunas veces a la semana	2
Todos los días	1
Total	49



Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa

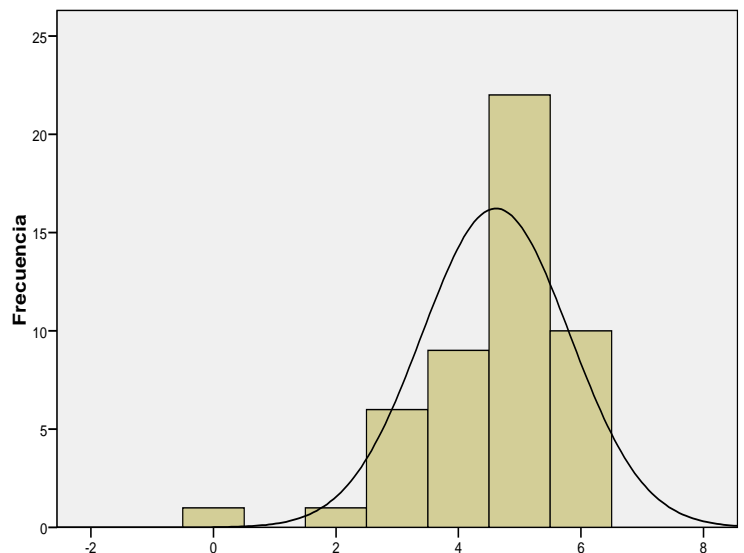
Categorías	Frecuencia
Nunca	6
Una o varias veces al año	14
Una vez al mes	9
Algunas veces al mes	8
Una vez a la semana	3
Algunas veces a la semana	8
Todos los días	1
Total	49



Media =2,33
Desviación típica =1,713
N =49

Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes

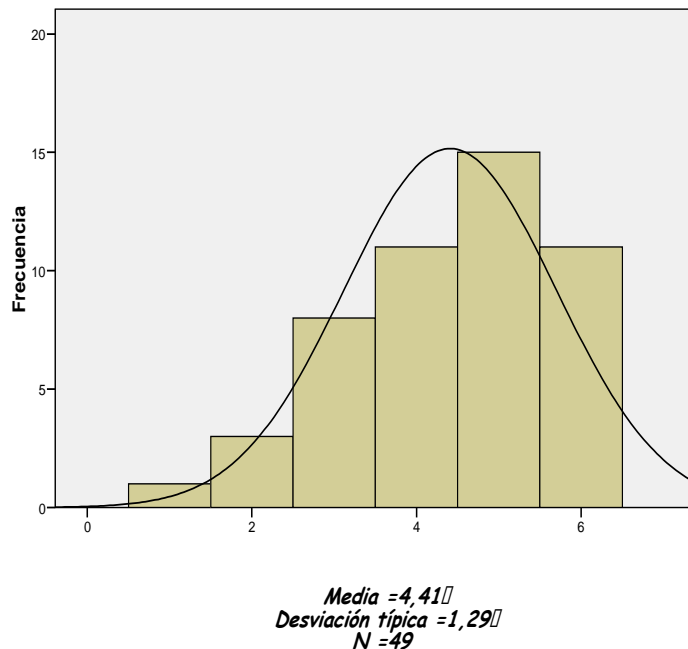
Categorías	Frecuencia
Nunca	1
Una vez al mes	1
Algunas veces al mes	6
Una vez a la semana	9
Algunas veces a la semana	22
Todos los días	10
Total	49



Media =4,61
Desviación típica =1,204
N =49

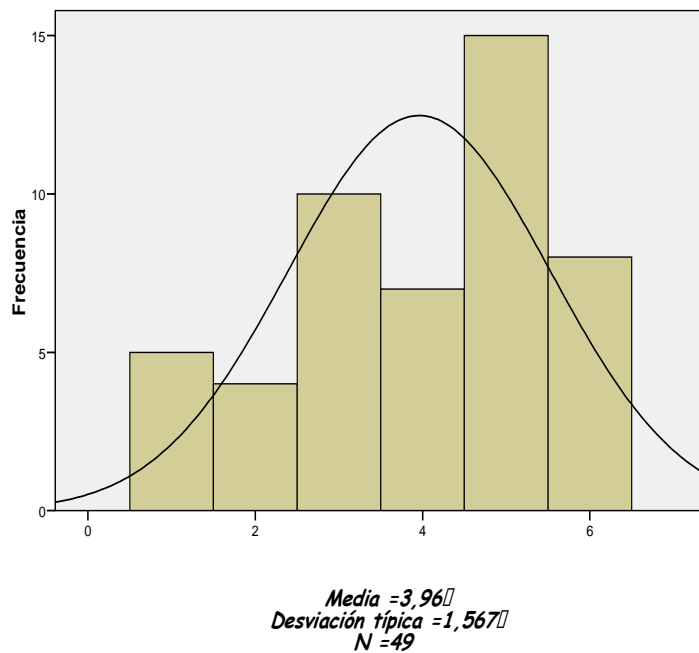
Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes

Categorías	Frecuencia
Una o varias veces al año	1
Una vez al mes	3
Algunas veces al mes	8
Una vez a la semana	11
Algunas veces a la semana	15
Todos los días	11
Total	49



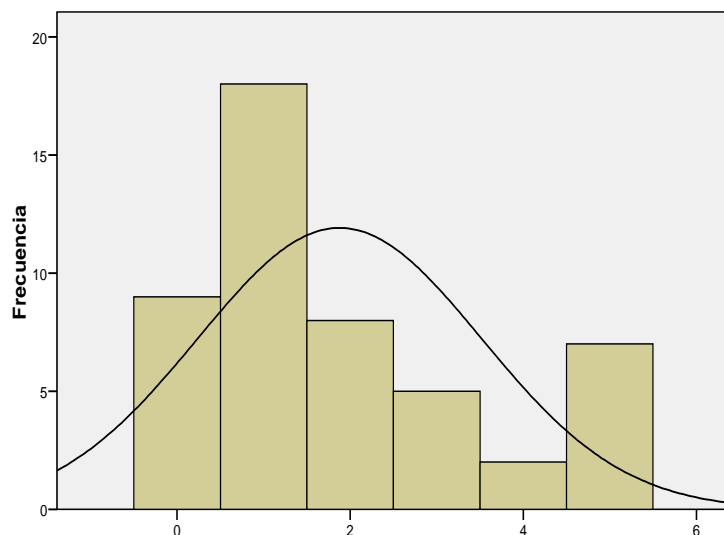
Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo

Categorías	Frecuencia
Una o varias veces al año	5
Una vez al mes	4
Algunas veces al mes	10
Una vez a la semana	7
Algunas veces a la semana	15
Todos los días	8
Total	49



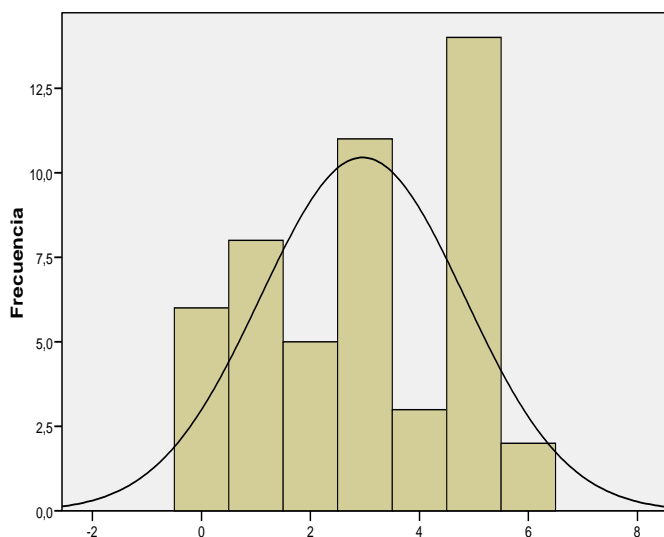
Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades

Categorías	Frecuencia
Nunca	9
Una o varias veces al año	18
Una vez al mes	8
Algunas veces al mes	5
Una vez a la semana	2
Algunas veces a la semana	7
Total	49



Media = 1,88
 Desviación típica = 1,641
 N = 49

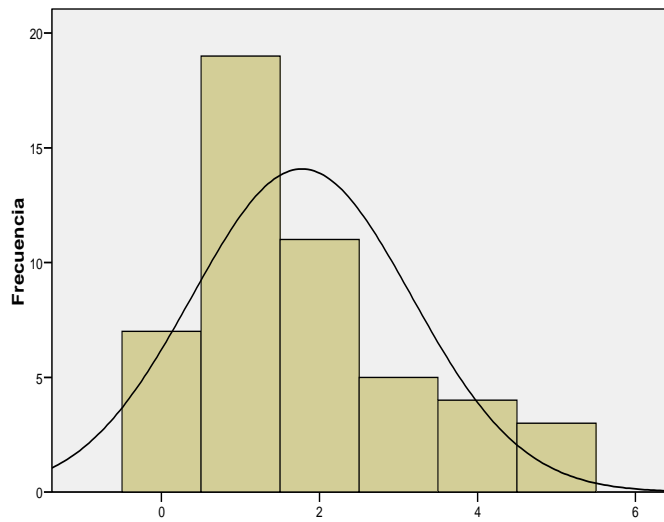
Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada



Media = 2,96
 Desviación típica = 1,87
 N = 49

Categorías	Frecuencia
Nunca	6
Una o varias veces al año	8
Una vez al mes	5
Algunas veces al mes	11
Una vez a la semana	3
Algunas veces a la semana	14
Todos los días	2
Total	49

Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas



Media = 1,78
Desviación típica = 1,388
N = 49

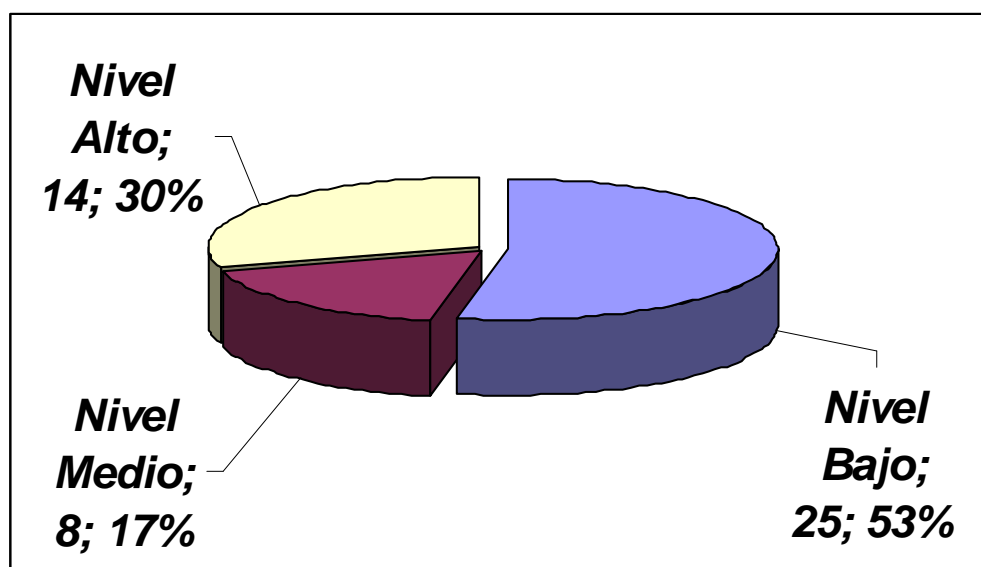
Categorías	Frecuencia
Nunca	7
Una o varias veces al año	19
Una vez al mes	11
Algunas veces al mes	5
Una vez a la semana	4
Algunas veces a la semana	3
Total	49

5.2 Resultados globales por dimensiones

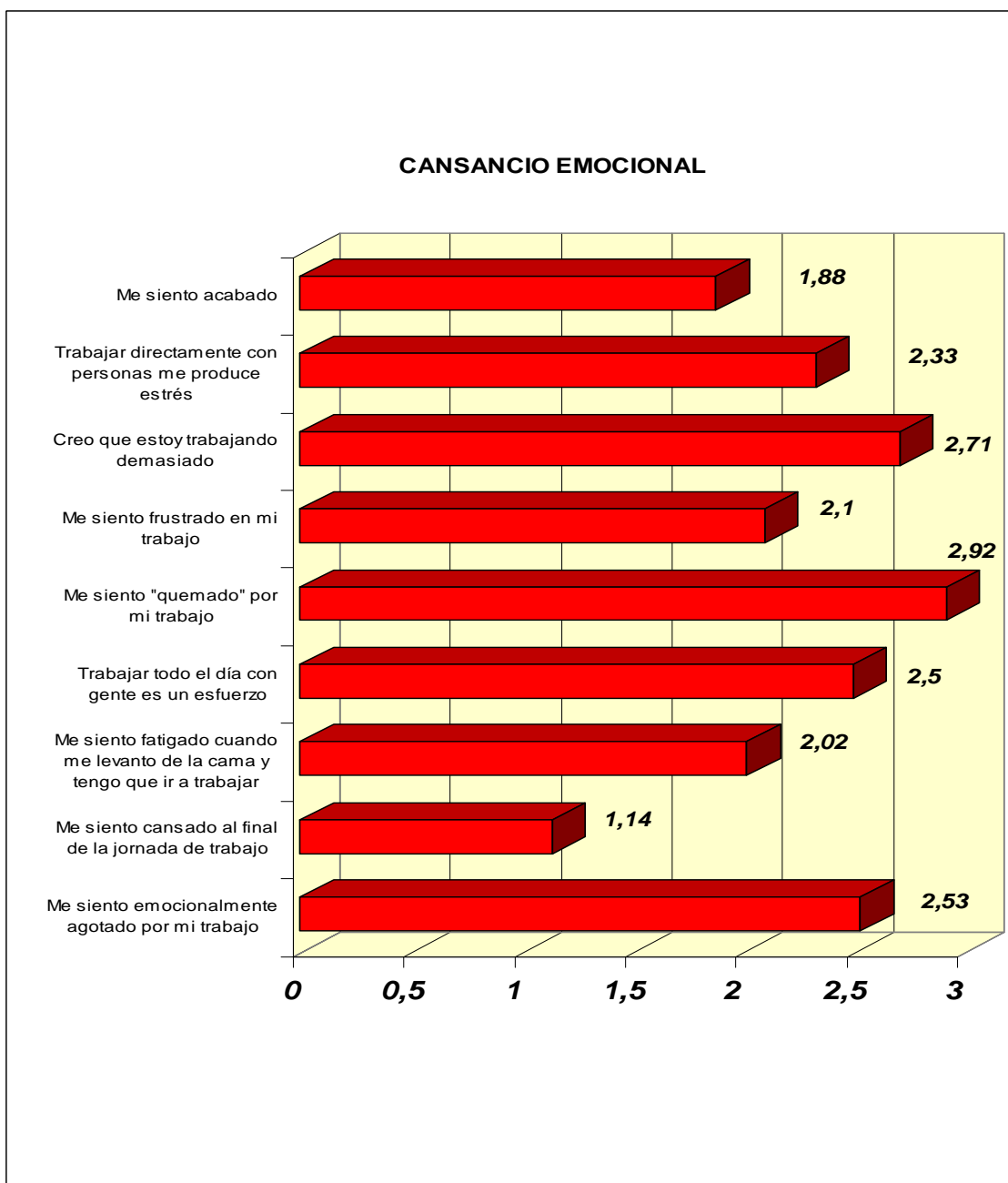
Agotamiento Emocional

Hay 14 neumólogos que presentan cansancio emocional alto, lo que representa un 30%. Sin embargo, la media es de 20,12 que se encuentra dentro del rango de nivel medio.

Agotamiento Emocional	Frecuencia	Porcentaje	Nivel	Media
Nivel Bajo	25	53,2	0<18	
Nivel Medio	8	17,0	19-26	20,12
Nivel Alto	14	29,8	>27	
Total	47	100		
Perdidos	2			
Total	49			



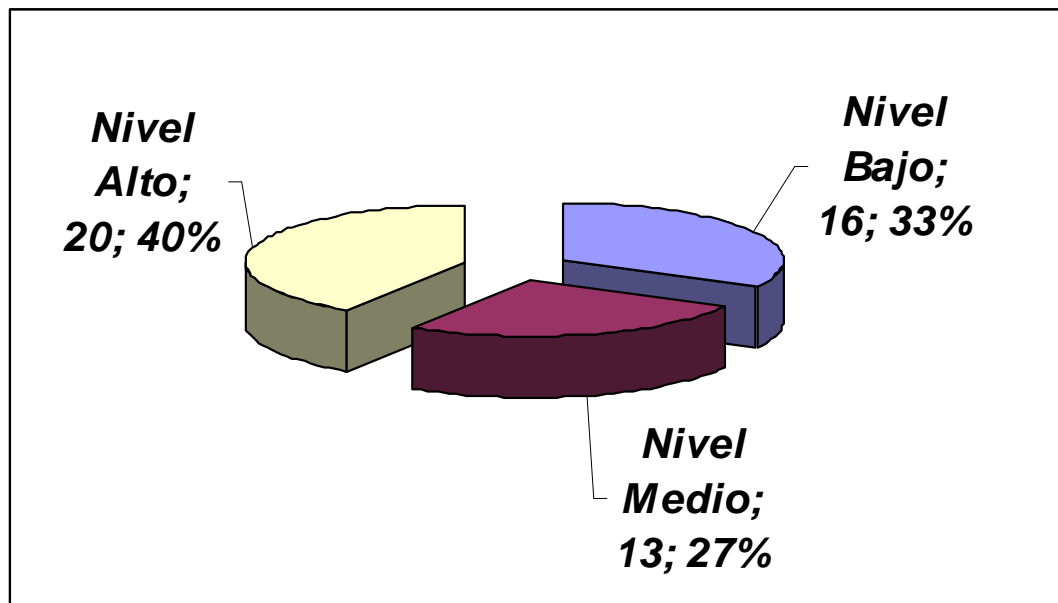
Se ha obtenido un valor medio de 20,12 y un valor mediano de 17. En el caso de la media presentaría un nivel de burnout medio, y si tomamos como referencia la mediana presentaría un nivel bajo. (Ya que el nivel bajo en Cansancio Emocional se encuentra entre 0 y 18, y el nivel medio entre 19 y 26.



Despersonalización

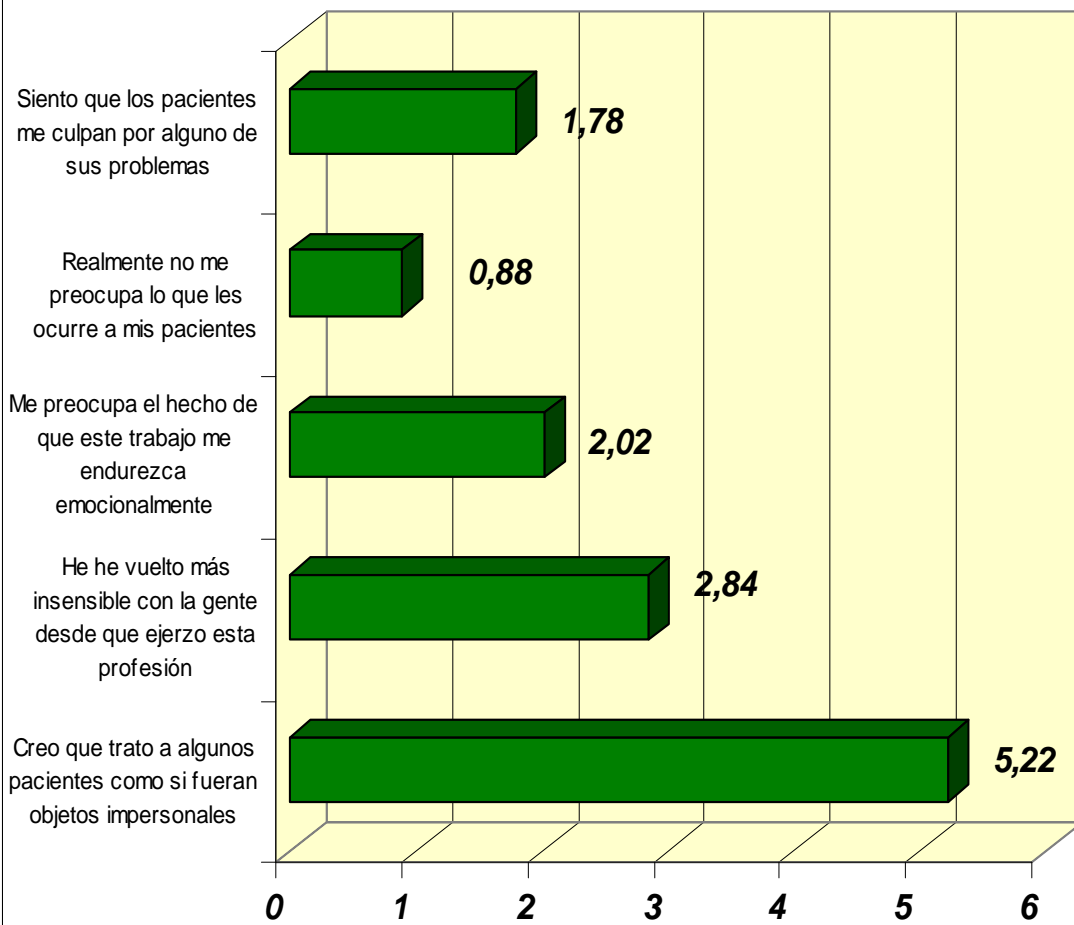
En cuanto al nivel de despersonalización, 20 neumólogos tienen nivel alto, lo que representa un 40%. La media es de 8, que se encuentra dentro del rango de nivel medio.

Despersonalización	Frecuencia	Porcentaje	Nivel	Valor Medio
Nivel Bajo	16	32,7	0<5	
Nivel Medio	13	26,5	6-9	8
Nivel Alto	20	40,8	>10	
Total	49	100,0		



Se ha obtenido un valor medio de 8, muy próximo también a la mediana de 8,89. Es decir, ambos promedios centrales están situados en torno a 8. Lo cual se correspondería con un nivel de Burnout medio (ya que el nivel medio en Despersonalización se encuentra entre 6 y 9).

DESPERSONALIZACION

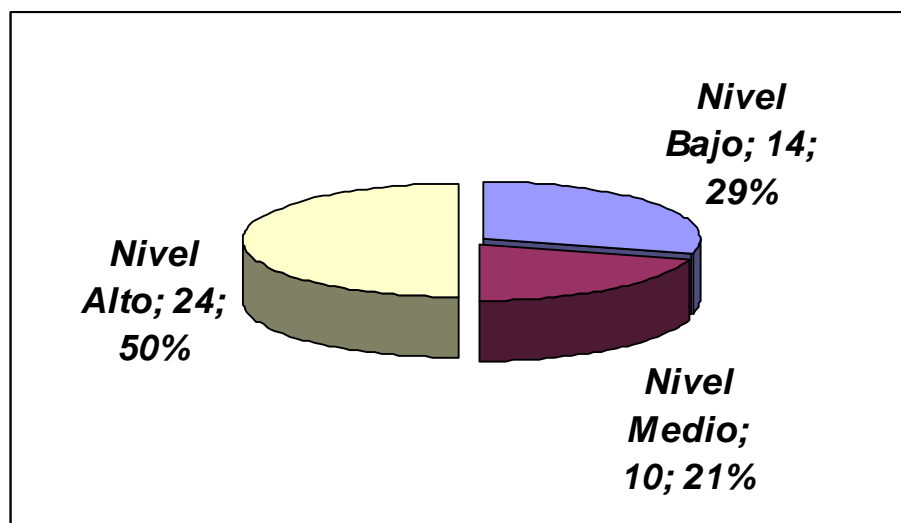


Baja Realización Personal

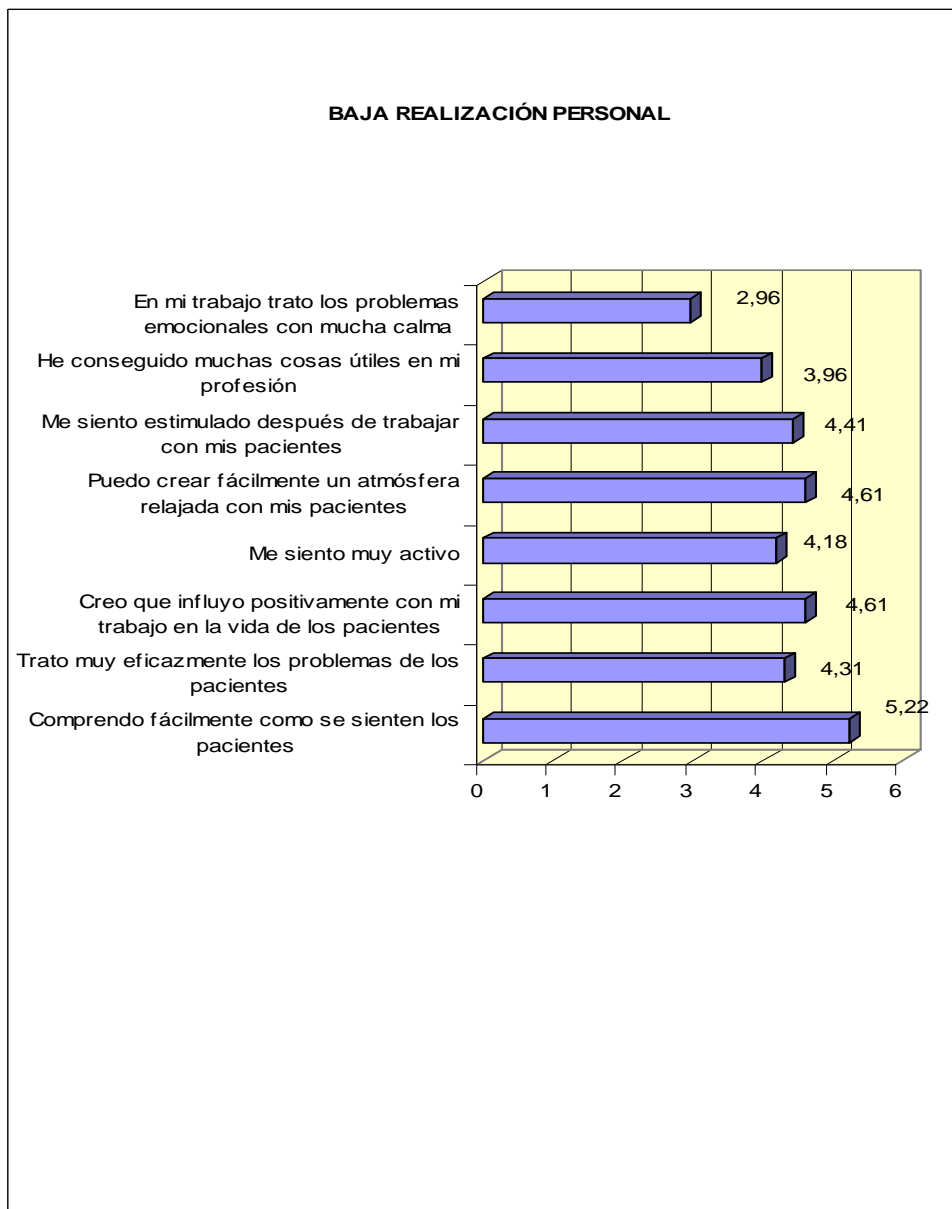
Por lo que se refiere a la Baja realización personal, 24 médicos neumólogos presentan niveles altos, lo que representa un 50%; mientras que la media se sitúa en 34,31%.

En este caso la puntuación es inversamente proporcional al grado de Burnout; es decir, a menor puntuación, mayor desgaste, baja realización personal y por tanto mayor nivel de Burnout.

Baja Realización Personal	Frecuencia	Porcentaje	Nivel	Valor Medio
Nivel Bajo	14	29,2	0>40	
Nivel Medio	10	20,8	34-39	34,31
Nivel Alto	24	50,0	<33	
Total	48	100,0		
Perdidos	1			
Total	49			



Se ha obtenido un valor medio de 34,31, muy próximo también a la mediana de 33,5. Es decir, ambos promedios centrales están situados en torno a 34. Lo cual se correspondería con un nivel de Burnout justo en el límite entre medio y alto (ya que el nivel medio en Baja realización personal se encuentra entre 34 y 39, y un nivel alto que se encuentra por debajo de 33).

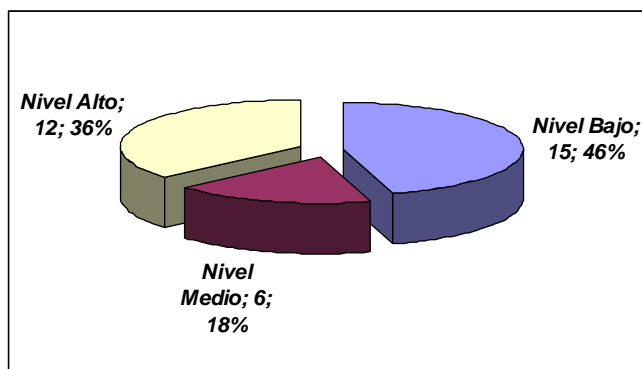


5.3 Resultados globales por categorías laborales

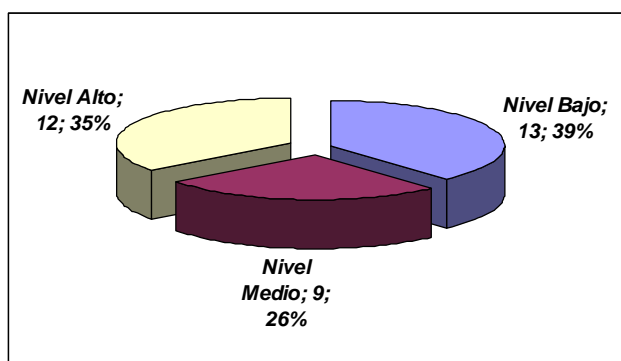
PERFIL DEL ADJUNTO

Agotamiento Emocional

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Bajo	15	45,5
Nivel Medio	6	18,2
Nivel Alto	12	36,4
Total	33	100,0
Perdidos	1	
Total	34	



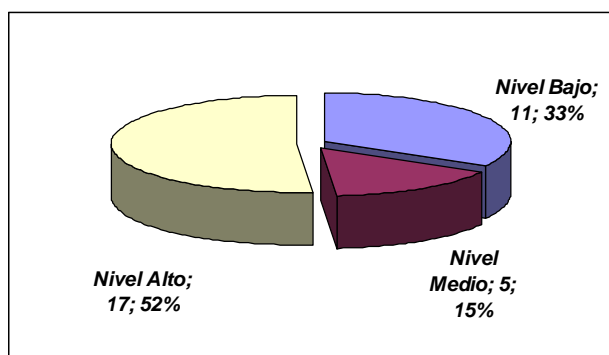
Despersonalización



Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Bajo	13	38,2
Nivel Medio	9	26,5
Nivel Alto	12	35,3
Total	34	100,0

Baja Realización Personal

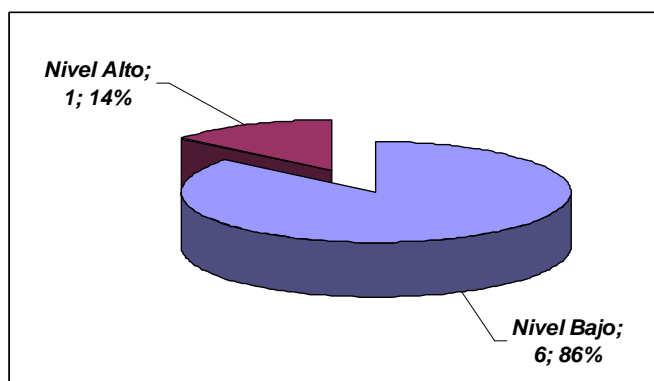
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Bajo	11	33,3
Nivel Medio	5	15,2
Nivel Alto	17	51,5
Total	33	100,0
Perdidos	1	
Total	34	



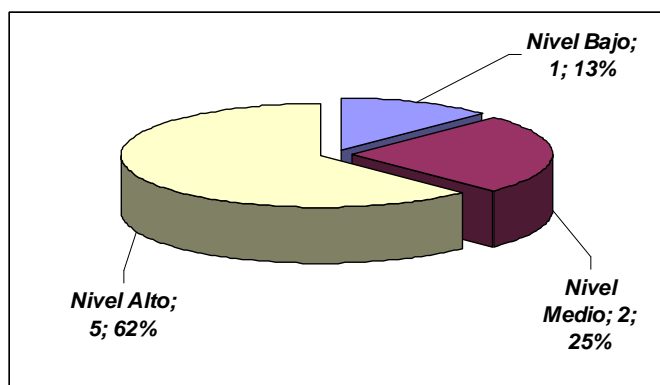
PERFIL DEL JEFE DE SECCION

Agotamiento Emocional

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Bajo	6	85,7
Nivel Alto	1	14,3
Total	7	100,0
Perdidos	1	
Total	8	



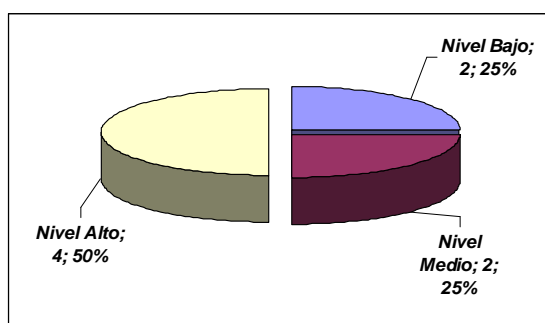
Despersonalización



Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Bajo	1	12,5
Nivel Medio	2	25,0
Nivel Alto	5	62,5
Total	8	100,0

Baja Realización Personal

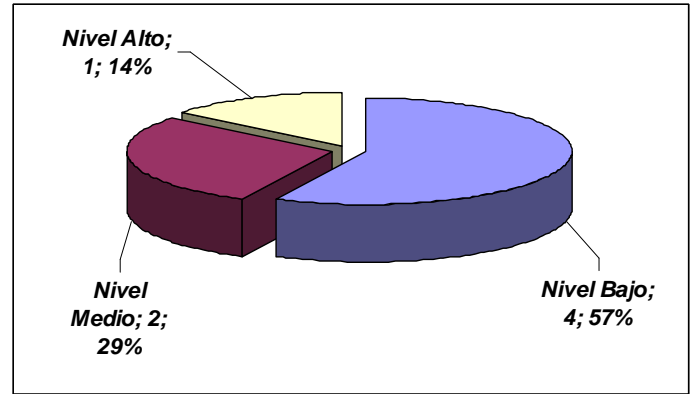
Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Bajo	2	25,0
Nivel Medio	2	25,0
Nivel Alto	4	50,0
Total	8	100,0



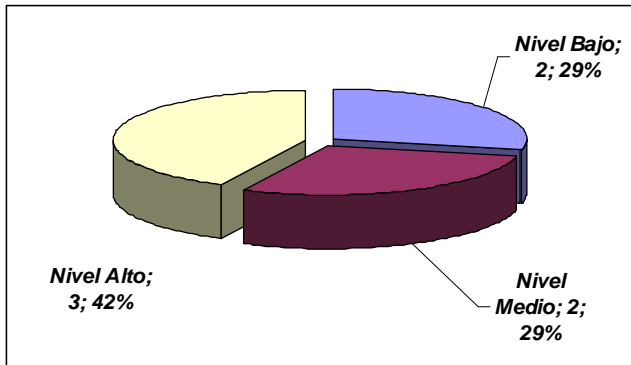
PERFIL DEL RESIDENTE

Agotamiento Emocional

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Bajo	4	57,1
Nivel Medio	2	28,6
Nivel Alto	1	14,3
Total	7	100,0



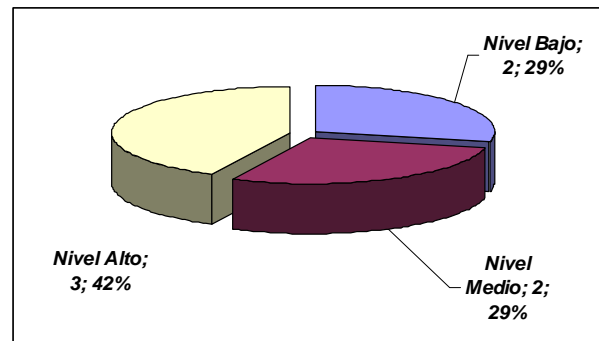
Despersonalización



Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Bajo	2	28,6
Nivel Medio	2	28,6
Nivel Alto	3	42,9
Total	7	100,0

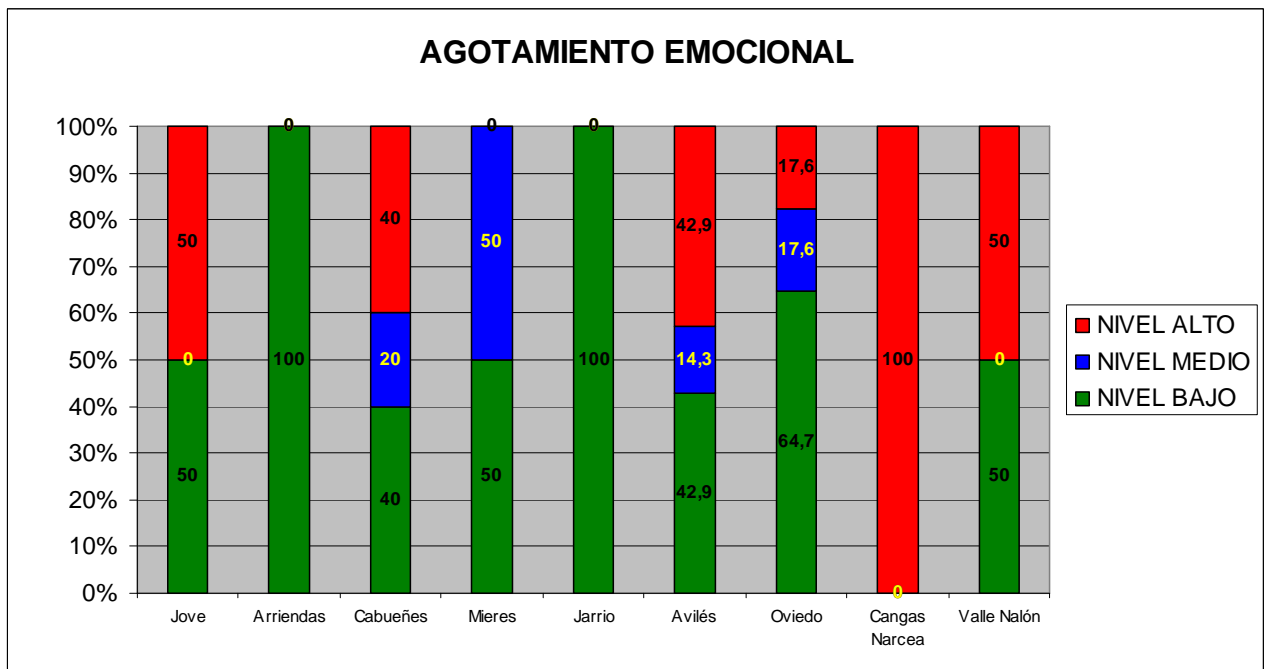
Baja Realización Personal

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Nivel Bajo	2	28,6
Nivel Medio	2	28,6
Nivel Alto	3	42,9
Total	7	100,0



5.4 Resultados globales de la dimensión Agotamiento Emocional por hospitales.

AGOTAMIENTO EMOCIONAL							
HOSPITAL	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		TOTAL
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Jove	2	50	0	0	2	50	4
Arriondas	1	100	0	0	0	0	1
Cabueñes	4	40	2	20	4	40	10
Mieres	2	50	2	50	0	0	4
Jarrio	1	100	0	0	0	0	1
Avilés	3	42.9	1	14.3	3	42.9	7
Oviedo	11	64.7	3	17.6	3	17.6	17
Cangas Narcea	0	0	0	0	1	100	1
Valle Nalón	1	50	0	0	1	50	2
TOTAL	25		8		14		47



Los resultados obtenidos por hospital muestran que la mayor parte de los neumólogos de los diferentes centros hospitalarios presentan un porcentaje igual o superior de bajo agotamiento emocional, con respecto a los niveles medios y altos.

Destacando, en este caso, el porcentaje obtenido por el hospital de Oviedo para bajo agotamiento emocional, muy superior al obtenido para los otros dos niveles.

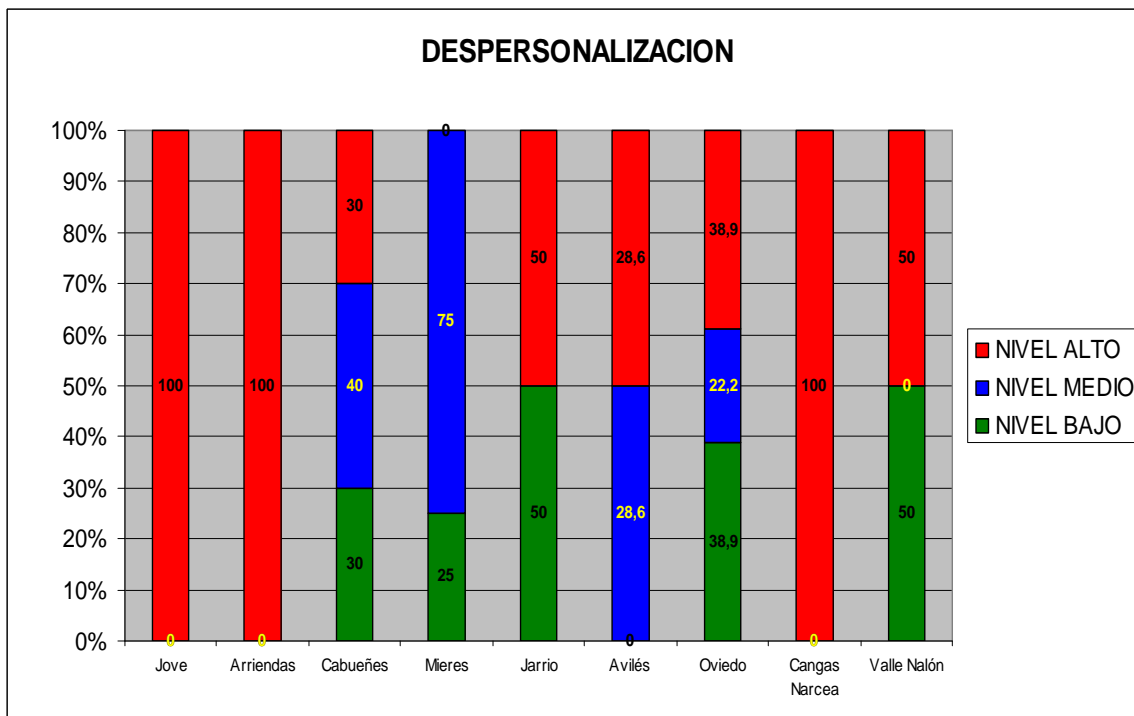
En el caso del hospital de Jove, Cabueñes y Avilés, los neumólogos con los que se ha trabajado presentan igual porcentaje de bajo y alto

agotamiento emocional, siendo las frecuencias inferiores para los niveles medios.

Sólo el hospital de Cangas de Narcea presenta un 100% en alto agotamiento emocional.

5.5 Resultados globales de la dimensión Despersonalización por hospitales

DESPERSONALIZACIÓN							
HOSPITAL	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	TOTAL
Jove	0	0	0	0	4	100	4
Arriondas	0	0	0	0	1	100	1
Cabueñes	3	30	4	40	3	30	10
Mieres	1	25	3	75	0	0	4
Jarrio	1	50	0	0	1	50	2
Avilés	3	42.9	2	28.6	2	28.6	7
Oviedo	7	38.9	4	22.2	7	38.9	18
Cangas Narcea	0	0	0	0	1	100	1
Valle Nalón	1	50	0	0	1	50	2
TOTAL	16		13		20		49

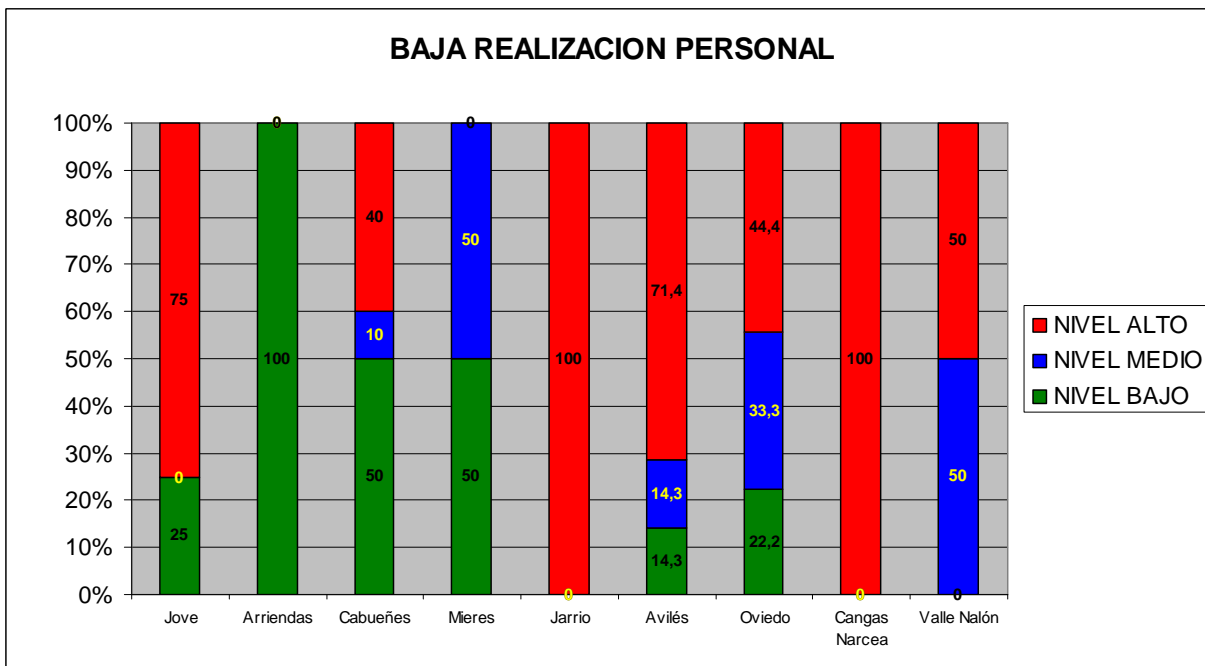


En cuanto al porcentaje de despersonalización por hospitales, los resultados son más equitativos entre los tres niveles. Destacando en este caso que en el hospital de Oviedo, la frecuencia de neumólogos que se encuadran en cada uno de los niveles es igual para baja y alta despersonalización y no muy inferior para un nivel medio de esta dimensión. Distribución muy similar que puede observarse, también, en el hospital de Cabueñes, Jarrio y Valle de Nalón.

En cuanto a los hospitales de Jove, Arriendas y Cangas de Narcea, se refleja una distribución del 100% de alta despersonalización por parte de sus profesionales.

5.6 Resultados globales de la dimensión Baja Realización Personal por hospitales

BAJA REALIZACIÓN PERSONAL							
HOSPITAL	NIVEL BAJO		NIVEL MEDIO		NIVEL ALTO		
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	TOTAL
Jove	1	25	0	0	3	75	4
Arriondas	1	100	0	0	0	0	1
Cabueñes	5	50	1	10	4	40	10
Mieres	2	50	2	50	0	0	4
Jarrio	0	0	0	0	2	100	2
Avilés	1	14.3	1	14.3	5	71.4	7
Oviedo	4	22.2	6	33.3	8	44.4	18
Cangas Narcea	0	0	0	0	1	100	1
Valle Nalón	0	0	1	50	1	50	2
TOTAL	14		11		24		49



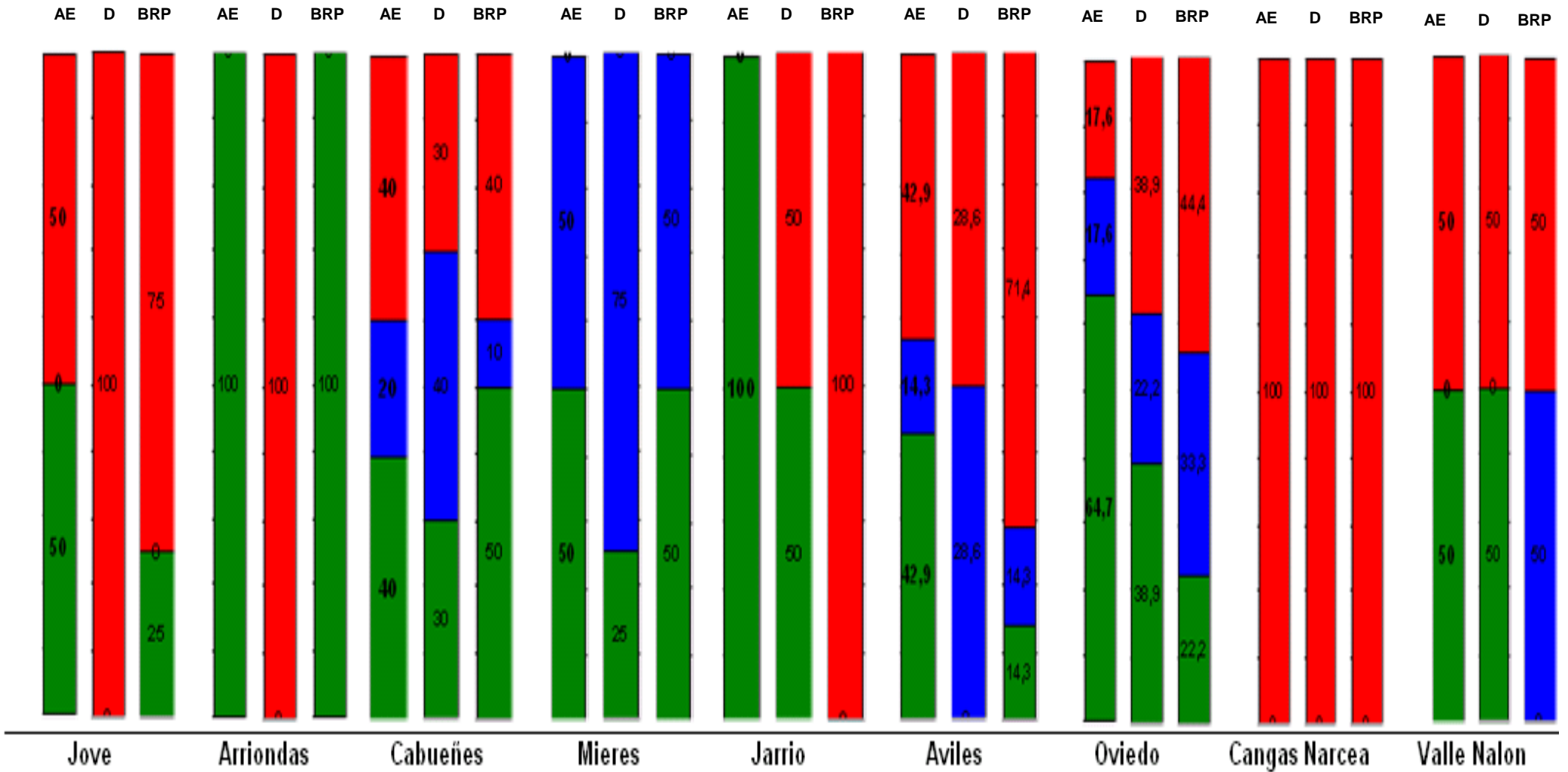
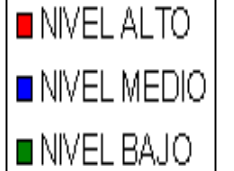
Con respecto a la baja realización personal, un alto porcentaje de los neumólogos de cada hospital puntúa alto en esta variable, destacando los casos de Jove, Jarrío, Avilés y Cangas de Narcea, cuyo porcentaje en este nivel se sitúa entre el 70 y 100% de la muestra de cada hospital.

AE = Agotamiento Emocional

D= Despersonalización

BRP= Baja Realización Personal

5.7 RESULTADOS GLOBALES DE LAS TRES DIMENSIONES DEL BURNOUT POR HOSPITALES



5.8 Relación de las variables sociodemográficas con las dimensiones del Burnout

Relación de la Edad con las dimensiones del Burnout								
							Intervalo de confianza para la media al 95%	
		N	Media	%	Desviación típica	Error típico	Límite inferior	Límite superior
Agotamiento Emocional	25-35	8	B	13,13	9,731	3,441	4,99	21,26
	36-45	13	M	21,85	13,088	3,630	13,94	29,76
	46-55	14	M	22,64	11,882	3,175	15,78	29,50
	56-65	12	M	20,00	9,761	2,818	13,80	26,20
	Total	47	M	20,13	11,536	1,683	16,74	23,51
Desperso_nalización	25-35	8	M	8,13	5,643	1,995	3,41	12,84
	36-45	13	M	9,92	7,182	1,992	5,58	14,26
	46-55	15	M	6,47	4,882	1,261	3,76	9,17
	56-65	13	A	11,15	6,039	1,675	7,50	14,80
	Total	49	M	8,90	6,101	,872	7,15	10,65
Baja Realización Personal	25-35	8	M	38,63	5,528	1,954	34,00	43,25
	36-45	13	M	35,15	7,381	2,047	30,69	39,61
	46-55	15	A	32,33	8,050	2,079	27,88	36,79
	56-65	12	A	33,00	6,075	1,754	29,14	36,86
	Total	48	M	34,31	7,173	1,035	32,23	36,40

En esta tabla se presentan los estadísticos descriptivos (frecuencia, porcentaje, desviación típica y media) para agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en función de los intervalos de edad. En la columna de media, en lugar de mostrar los valores, se han incluido las letras B (Bajo), M (Medio) y A (Alto), que representan el grado de Burnout que les corresponde a las medias obtenidas por cada rango de edad en cada dimensión.

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	p-valor
Agotamiento_Emocional	1,041	3	43	,384
Despersonalización	,816	3	45	,492
Baja Realización Personal	,877	3	44	,460

La prueba de Levene realizada muestra un p-valor superior a ,05 en las tres variables, por lo que se presupone igualdad de varianza en todos los casos, siendo así apropiado el uso del ANOVA para analizar la influencia de la edad en el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Los resultados del ANOVA muestran un p-valor superior a ,05 en todos los casos, es decir, la diferencias en las medias obtenidas para cada rango de edad en cuanto al agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal no son estadísticamente significativas y, por tanto,

al menos con la muestra con la que se ha trabajado en esta investigación, no puede asumirse que la edad sea una variable que influye en los niveles de las tres dimensiones Burnout.

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento_Emocional	Inter-grupos	519,452	3	173,151	1,329	,277
	Intra-grupos	5601,782	43	130,274		
	Total	6121,234	46			
Despersonalización	Inter-grupos	173,266	3	57,755	1,611	,200
	Intra-grupos	1613,224	45	35,849		
	Total	1786,490	48			
Baja Realización Personal	Inter-grupos	237,412	3	79,137	1,597	,204
	Intra-grupos	2180,901	44	49,566		
	Total	2418,313	47			

A continuación se presentan los análisis estadísticos sobre la influencia de cada variable demográfica en las tres dimensiones Burnout, siguiendo con todas las variables el mismo formato de presentación. Es decir, primero una tabla donde se presentan los estadísticos descriptivos (frecuencia, porcentaje, desviación típica y media) para agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en función de la variable con la que se esté trabajando. Seguida de la prueba de Levene para evaluar la homogeneidad de varianzas y, por último, los resultados obtenidos a partir del ANOVA. Con un breve comentario de los resultados en cada caso.

Relación del Estado Civil con las dimensiones del Burnout

							Intervalo de confianza para la media al 95%	
		N	Media	%	Desviación típica	Error típico	Límite inferior	Límite superior
Agotamiento Emocional	Soltero	11	B	17,45	10,453	3,152	10,43	24,48
	Casado	35	M	21,06	12,017	2,031	16,93	25,19
	Otros	1	B	17,00	-	-		
	Total	47	M	20,13	11,536	1,683	16,74	23,51
Desperso- nalización	Soltero	11	M	7,09	6,300	1,900	2,86	11,32
	Casado	36	M	9,31	6,173	1,029	7,22	11,39
	Otros	2	A	11,50	,707	,500	5,15	17,85
	Total	49	M	8,90	6,101	,872	7,15	10,65
Baja Realización Personal	Soltero	11	B	36,55	6,593	1,988	32,12	40,97
	Casado	35	M	34,17	7,135	1,206	31,72	36,62
	Otros	2	B	24,50	2,121	1,500	5,44	43,56
	Total	48	M	34,31	7,173	1,035	32,23	36,40

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Despersonalización	1,858	2	46	,168
Realización_Personal	1,450	2	45	,245
Agotamiento_Emocional	,728 ^a	1	44	,398

a. Los grupos con un único caso se ignorarán al calcular la prueba de homogeneidad de la varianza para Agotamiento_Emocional.

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Despersonalización	Inter-grupos	55,442	2	27,721	,737	,484
	Intra-grupos	1731,048	46	37,631		
	Total	1786,490	48			
Baja Realización Personal	Inter-grupos	248,114	2	124,057	2,572	,088
	Intra-grupos	2170,199	45	48,227		
	Total	2418,313	47			
Agotamiento_Emocional	Inter-grupos	118,621	2	59,311	,435	,650
	Intra-grupos	6002,613	44	136,423		
	Total	6121,234	46			

En cuanto al estado civil, no influye en ningún nivel de las tres dimensiones del Burnout. Ya que en los tres contrastes se encuentra que el p-valor asociado no es estadísticamente significativo, por ser superior a .05.

Aunque en el caso de la baja realización personal, el p-valor no es significativo ($p = ,088$), sí que se observa que es bastante pequeño. Si se tomase una muestra mayor es posible que este p-valor llegase a ser significativo y, por tanto, que la baja realización personal pudiera verse influida por el estado civil.

Relación del Sexo con las dimensiones del Burnout

							Intervalo de confianza para la media al 95%	
		N	Media	%	Desviación típica	Error típico	Límite inferior	Límite superior
Agotamiento Emocional	Hombre	23	M	22,43	12,883	2,686	16,86	28,01
	Mujer	24	B	17,92	9,846	2,010	13,76	22,07
	Total	47	M	20,13	11,536	1,683	16,74	23,51
Desperso_nalización	Hombre	24	A	10,21	6,338	1,294	7,53	12,88
	Mujer	25	M	7,64	5,707	1,141	5,28	10,00
	Total	49	M	8,90	6,101	,872	7,15	10,65
Baja Realización Personal	Hombre	24	A	33,38	7,282	1,486	30,30	36,45
	Mujer	24	M	35,25	7,091	1,447	32,26	38,24
	Total	48	M	34,31	7,173	1,035	32,23	36,40

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Agotamiento_Emocional	3,840	1	45	,056
Despersonalización	,083	1	47	,775
Realización_Personal	,000	1	46	,985

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento_Emocional	Inter-grupos	239,749	1	239,749	1,834	,182
	Intra-grupos	5881,486	45	130,700		
	Total	6121,234	46			
Despersonalización	Inter-grupos	80,771	1	80,771	2,226	,142
	Intra-grupos	1705,718	47	36,292		
	Total	1786,490	48			
Realización_Personal	Inter-grupos	42,188	1	42,188	,817	,371
	Intra-grupos	2376,125	46	51,655		
	Total	2418,313	47			

En cuanto al sexo del neumólogo, tampoco parece ser una variable que marque diferencias en el nivel de Burnout en cada una de las tres dimensiones trabajadas, ya que los p-valores de la F de Snedecor son superiores a ,05.

Relación de la Categoría Profesional con las dimensiones del Burnout								
							Intervalo de confianza para la media al 95%	
		N	Media	%	Desviación típica	Error típico	Límite inferior	Límite superior
Agotamiento Emocional	Adjunto	33	M	21,79	12,338	2,148	17,41	26,16
	Jefe Servicio	7	B	17,00	8,347	3,155	9,28	24,72
	Residente	7	B	15,43	9,289	3,511	6,84	24,02
	Total	47	M	20,13	11,536	1,683	16,74	23,51
Desperso-nalización	Adjunto	34	M	8,56	6,345	1,088	6,35	10,77
	Jefe Servicio	8	A	11,13	6,490	2,295	5,70	16,55
	Residente	7	M	8,00	4,359	1,648	3,97	12,03
	Total	49	M	8,90	6,101	,872	7,15	10,65
Baja Realización Personal	Adjunto	33	A	33,94	7,953	1,384	31,12	36,76
	Jefe Servicio	8	M	34,25,	5,701	2,016	29,48	39,02
	Residente	7	M	36,14	4,811	1,818	31,69	40,59
	Total	48	M	34,31	7,173	1,035	32,23	36,40

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Agotamiento_Emocional	2,445	2	44	,098
Despersonalización	,634	2	46	,535
Realización_Personal	2,377	2	45	,104

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento_Emocional	Inter-grupos	314,005	2	157,002	1,190	,314
	Intra-grupos	5807,229	44	131,982		
	Total	6121,234	46			
Despersonalización	Inter-grupos	49,232	2	24,616	,652	,526
	Intra-grupos	1737,257	46	37,766		
	Total	1786,490	48			
Realización_Personal	Inter-grupos	28,077	2	14,038	,264	,769
	Intra-grupos	2390,236	45	53,116		
	Total	2418,313	47			

Al analizar la influencia de la Categoría Profesional nos encontramos, al igual que en los casos anteriores, que todos los p-valores son ampliamente superiores a ,05, con lo cual se podría afirmar que no existen diferencias en el grado de Burnout producto de la Categoría Profesional.

Relación de la Antigüedad en el puesto con las dimensiones del Burnout

							Intervalo de confianza para la media al 95%	
		N	Media	%	Desviación típica	Error típico	Límite inferior	Límite superior
Agotamiento Emocional	0-05	13	B	16,69	10,491	2,910	10,35	23,03
	6-10	5	B	10,40	4,159	1,860	5,24	15,56
	11-15	3	A	34,33	11,015	6,360	6,97	61,70
	16-20	6	M	23,00	11,524	4,705	10,91	35,09
	21-25	7	M	26,00	15,801	5,972	11,39	40,61
	> de 25	12	M	19,17	8,408	2,427	13,82	24,51
	Total	46	M	20,04	11,648	1,717	16,58	23,50
Desperso-nalización	0-05	14	M	8,21	5,294	1,415	5,16	11,27
	6-10	5	M	6,00	3,808	1,703	1,27	10,73
	11-15	3	A	19,33	6,351	3,667	3,56	35,11
	16-20	6	M	6,50	3,564	1,455	2,76	10,24
	21-25	7	A	10,57	6,241	2,359	4,80	16,34
	> de 25	13	M	8,62	6,801	1,886	4,51	12,73
Total	48	M	8,92	6,164	,890	7,13	10,71	
Baja Realización Personal	0-05	14	M	37,21	6,192	1,655	33,64	40,79
	6-10	5	A	33,60	9,915	4,434	21,29	45,91
	11-15	3	A	31,33	2,887	1,667	24,16	38,50
	16-20	6	A	33,17	7,278	2,971	25,53	40,80
	> de 25	12	M	35,17	6,672	1,926	30,93	39,41
	Total	47	M	34,32	7,251	1,058	32,19	36,45

Prueba de homogeneidad de varianzas

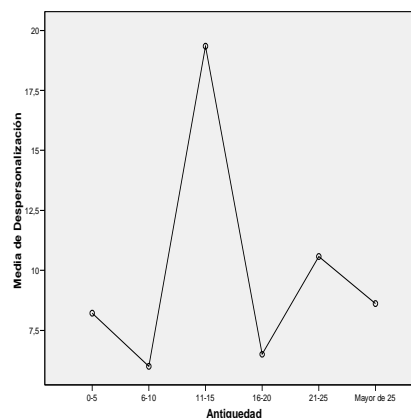
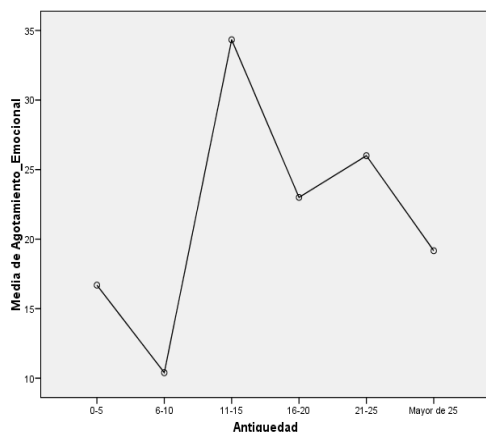
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Agotamiento_Emocional	2,502	5	40	,046
Despersonalización	,975	5	42	,444
Realización_Personal	1,595	5	41	,183

En el caso de la despersonalización y la baja realización personal, la prueba de homogeneidad de varianzas cumple los criterios para el uso del ANOVA, ya que el estadístico de Levene, en las dos variables, muestra un p- valor superior a ,05. En cuanto al agotamiento emocional, pese a obtenerse un p-valor inferior a ,05, el resultado obtenido está muy próximo a éste, por lo que podría suponerse, en principio, que si se aumenta el tamaño muestral esta diferencia en las varianzas desaparecería. Por tanto, no parece inapropiado analizar la relación entre el agotamiento emocional y la antigüedad en el puesto a partir del ANOVA.

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento_Emocional	Inter-grupos	1533,610	5	306,722	2,683	,035
	Intra-grupos	4572,303	40	114,308		
	Total	6105,913	45			
Despersonalización	Inter-grupos	430,352	5	86,070	2,667	,035
	Intra-grupos	1355,315	42	32,269		
	Total	1785,667	47			
Realización_Personal	Inter-grupos	302,632	5	60,526	1,173	,339
	Intra-grupos	2115,581	41	51,600		
	Total	2418,213	46			

Con respecto a los ANOVAS, que representan el interés fundamental de nuestro análisis, se puede ver claramente como dos de los p-valores son significativos, ya que son menores a ,05 y, por tanto, se puede afirmar que, en general, existen diferencias tanto en agotamiento emocional como en despersonalización, producto de la antigüedad en el puesto. Con el fin de conocer entre qué rangos de antigüedad se daban estas diferencias, se realizó la prueba post hoc, Tukey, encontrando que, en cuanto al agotamiento emocional, sólo se observan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de neumólogos que llevan entre 11 y 15 años en el puesto y el grupo de profesionales con una antigüedad de 6 a 10 años ($p = ,042$). Y, en el caso de la despersonalización, diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de neumólogos que llevan en el puesto de 11 a 15 años y los grupos de neumólogos con una antigüedad de 0 a 5 años ($p = ,040$), de 6 a 10 años ($p = ,028$) y de 16 a 20 años ($p = ,030$). Siendo aquellos que llevan trabajando de 11 a 15 años los que presentan medias más altas tanto en agotamiento emocional como en despersonalización, tal como puede apreciarse en las gráficas siguientes.



Relación de la situación laboral con las dimensiones del Burnout								
							Intervalo de confianza para la media del 95%	
		N	Media	%	Desviación típica	Error típico	Limite inferior	Limite superior
Agotamiento Emocional	Interino	12	B	16,00	12,905	3,725	7,80	24,20
	Contrato Fijo	9	M	19,11	8,085	2,695	12,90	25,33
	Estatutario	17	M	25,12	12,046	2,922	18,92	31,31
	MIR	8	B	17,38	10,211	3,610	8,84	25,91
	Funcionario	1	B	16,00				
	Total	47	M	20,13	11,536	1,683	16,74	23,51
Despersonalización	Interino	12	M	8,08	7,192	2,076	3,51	12,65
	Contrato Fijo	9	M	8,11	5,645	1,882	3,77	12,45
	Estatutario	18	A	10,11	6,388	1,506	6,93	13,29
	MIR	8	M	8,50	4,276	1,512	4,93	12,07
	Funcionario	2	M	8,00	9,899	7,000	-80,94	96,94
	Total	49	M	8,90	6,101	,872	7,15	10,65
Baja Realización Personal	Interino	12	M	37,17	7,420	2,142	32,45	41,88
	Contrato Fijo	8	M	37,13	6,312	2,232	31,85	42,40
	Estatutario	18	M	31,72	7,127	1,680	28,18	35,27
	MIR	8	M	34,38	6,696	2,367	28,78	39,97
	Funcionario	2	A	29,00	4,243	3,00	-9,12	67,12
	Total	48	M	34,31	7,173	1,035	32,23	36,40

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Agotamiento Emocional	,620 ^a	3	42	,606
Despersonalización	,939	4	44	,450
Realización Personal	,570	4	43	,686

a. Los grupos con un único caso se ignorarán al calcular la prueba de homogeneidad de la varianza para Agotamiento Emocional.

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento Emocional	Inter-grupos	714,705	4	178,676	1,388	,255
	Intra-grupos	5406,529	42	128,727		
	Total	6121,234	46			
Despersonalización	Inter-grupos	42,906	4	10,727	,271	,895
	Intra-grupos	1743,583	44	39,627		
	Total	1786,490	48			
Realización Personal	Inter-grupos	338,285	4	84,571	1,748	,157
	Intra-grupos	2080,028	43	48,373		
	Total	2418,313	47			

Al analizar si existen diferencias en el nivel de las tres dimensiones del Burnout en función de la situación laboral de los neumólogos con los que se ha trabajado, se observa que todos los p-valores del ANOVA son mayores que ,05 y, por tanto, no se encuentran diferencias en el nivel de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en función de las diferentes situaciones laborales que se recogen en la muestra.

¿Está en desacuerdo con su salario? Relación con las dimensiones del Burnout								
							Intervalo de confianza para la media al 95%	
		N	Media	%	Desviación típica	Error típico	Límite Inferior	Límite Superior
Agotamiento Emocional	SI	26	M	20,08	9,875	1,937	16,09	24,07
	NO	21	M	20,19	13,571	2,961	14,01	26,37
	Total	47	M	20,13	11,536	1,683	16,74	23,51
Despersonalización	SI	26	M	9,77	6,225	1,221	7,26	12,28
	NO	23	M	7,91	5,938	1,238	5,35	10,48
	Total	49	M	8,90	6,101	,872	7,15	10,65
Baja Realización Personal	SI	26	A	33,50	6,160	1,208	31,01	35,99
	NO	22	M	35,27	8,259	1,761	31,61	38,93
	Total	48	M	34,31	7,173	1,035	32,23	36,40

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Agotamiento_Emocional	5,595	1	45	,022
Despersonalización	,015	1	47	,902
Realización_Personal	5,399	1	46	,025

Con respecto a la variable “desacuerdo con el salario” es conveniente reflejar que deben tomarse con cautela los resultados obtenidos con el ANOVA, pues se observa que no hay homogeneidad de varianzas en cuanto al agotamiento emocional y la baja realización personal, pues el p-valor asociado en ambos casos es menor a .05. Aunque a fin de simplificar la interpretación de los resultados se ha optado por utilizar el mismo método de análisis que para el resto de variables.

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento_Emocional	Inter-grupos	,150	1	,150	,001	,974
	Intra-grupos	6121,084	45	136,024		
	Total	6121,234	46			
Despersonalización	Inter-grupos	42,048	1	42,048	1,133	,293
	Intra-grupos	1744,441	47	37,116		
	Total	1786,490	48			
Realización_Personal	Inter-grupos	37,449	1	37,449	,724	,399
	Intra-grupos	2380,864	46	51,758		
	Total	2418,313	47			

En cualquier caso si observamos los p-valores del ANOVA, todos ellos son mucho mayores a .05 e, incluso, mayores que en el caso de la despersonalización donde sí se aceptaba la homogeneidad de varianzas.

Esto implica, por tanto, que no se encuentran diferencias en el nivel de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en relación al grado de acuerdo o desacuerdo de los neumólogos con su salario. En principio, podría afirmarse que la variable “desacuerdo con el salario” no influye en los niveles de Burnout.

¿Realiza guardias? Relación con las dimensiones del Burnout								
							Intervalo de confianza para la media al 95%	
		N	Media	%	Desviación típica	Error típico	Límite Inferior	Límite Superior
Agotamiento Emocional	SI	31	M	19,61	12,156	2,183	15,15	24,07
	NO	16	M	21,13	10,532	2,633	15,51	26,74
	Total	47	M	20,13	11,536	1,683	16,74	23,51
Despersonalización	SI	32	M	8,88	6,251	1,105	6,62	11,13
	NO	17	M	8,94	5,994	1,454	5,86	12,02
	Total	49	M	8,90	6,101	,872	7,15	10,65
Baja Realización Personal	SI	32	M	34,16	7,565	1,337	31,43	36,88
	NO	16	M	34,63	6,541	1,635	31,14	38,11
	Total	48	M	34,31	7,173	1,035	32,23	36,40

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Agotamiento_Emocional	,624	1	45	,434
Despersonalización	,049	1	47	,826
Realización_Personal	,077	1	46	,783

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento_Emocional	Inter-grupos	24,129	1	24,129	,178	,675
	Intra-grupos	6097,105	45	135,491		
	Total	6121,234	46			
Despersonalización	Inter-grupos	,049	1	,049	,001	,972
	Intra-grupos	1786,441	47	38,009		
	Total	1786,490	48			
Realización_Personal	Inter-grupos	2,344	1	2,344	,045	,834
	Intra-grupos	2415,969	46	52,521		
	Total	2418,313	47			

Con respecto a la realización de guardias, no parece ser una variable que influya en los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, pues en todos los casos los resultados del ANOVA ofrecen p-valores muy superiores a ,05.

¿Realiza más de tres tareas laborales diferentes en el día? Relación con las dimensiones del Burnout								
							Intervalo de confianza para la media al 95%	
		N	Media	%	Desviación típica	Error típico	Límite Inferior	Límite Superior
Agotamiento Emocional	SI	29	M	20,62	10,560	1,955	16,62	24,63
	NO	18	M	19,33	13,280	3,130	12,73	25,94
	Total	47	M	20,13	11,536	1,683	16,74	23,51
Desperso_nalización	SI	30	M	9,33	5,827	1,064	7,16	11,51
	NO	19	M	8,21	6,613	1,517	5,02	11,40
	Total	49	M	8,90	6,101	,872	7,15	10,65
Baja Realización Personal	SI	30	M	34,87	6,569	1,199	32,41	37,32
	NO	18	A	33,39	8,197	1,932	29,31	37,47
	Total	48	M	34,31	7,173	1,035	32,23	36,40

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Agotamiento_Emocional	,965	1	45	,331
Despersonalización	,000	1	47	,989
Realización_Personal	2,292	1	46	,137

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento_Emocional	Inter-grupos	18,406	1	18,406	,136	,714
	Intra-grupos	6102,828	45	135,618		
	Total	6121,234	46			
Despersonalización	Inter-grupos	14,665	1	14,665	,389	,536
	Intra-grupos	1771,825	47	37,698		
	Total	1786,490	48			
Realización_Personal	Inter-grupos	24,568	1	24,568	,472	,495
	Intra-grupos	2393,744	46	52,038		
	Total	2418,313	47			

Al igual que ocurría con la variable anterior, realizar o no más de tres tareas laborales diferentes en el día no influye, de acuerdo con los p-valores superiores a ,05, en el nivel de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

¿Se siente presionado en el trabajo? Relación con las dimensiones del Burnout								
							Intervalo de confianza para la media al 95%	
		N	Media	%	Desviación típica	Error típico	Límite Inferior	Límite Superior
Agotamiento Emocional	SI	28	M	24,39	10,239	1,935	20,42	28,36
	NO	19	B	13,84	10,621	2,437	8,72	18,96
	Total	47	M	20,13	11,536	1,683	16,74	23,51
Desperso_nalización	SI	30	A	10,53	5,975	1,091	8,30	12,76
	NO	19	M	6,32	5,498	1,261	3,67	8,97
	Total	49	M	8,90	6,101	,872	7,15	10,65
Baja Realización Personal	SI	29	A	32,00	6,590	1,224	29,49	34,51
	NO	19	M	37,84	6,710	1,539	34,61	41,08
	Total	48	M	34,31	7,173	1,035	32,23	36,40

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Agotamiento_Emocional	,212	1	45	,648
Despersonalización	,907	1	47	,346
Realización_Personal	,006	1	46	,939

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento_Emocional	Inter-grupos	1260,029	1	1260,029	11,664	,001
	Intra-grupos	4861,205	45	108,027		
	Total	6121,234	46			
Despersonalización	Inter-grupos	206,918	1	206,918	6,157	,017
	Intra-grupos	1579,572	47	33,608		
	Total	1786,490	48			
Realización_Personal	Inter-grupos	391,786	1	391,786	8,893	,005
	Intra-grupos	2026,526	46	44,055		
	Total	2418,313	47			

Todos los p-valores asociados para cada dimensión del Burnout, en relación con sentirse presionado en el trabajo, han resultado ser estadísticamente significativos. En todos ellos el p-valor es menor a .05. Esto implica que existen diferencias tanto en agotamiento emocional, como en despersonalización y en baja realización personal, en función de si el profesional se siente presionado en el trabajo o no. Presentando mayor agotamiento emocional y mayor despersonalización aquellos que sí se sienten presionados en su trabajo. Y, por tratarse de una variable inversa, mayor “baja” realización personal.

¿Tiene que adaptarse a cambios tecnológicos en el trabajo? Relación con las dimensiones del Burnout								
							Intervalo de confianza para la media al 95%	
		N	Media	%	Desviación típica	Error típico	Límite Inferior	Límite Superior
Agotamiento Emocional	SI	45	M	20,27	11,727	1,748	16,74	23,79
	NO	2	B	17,00	7,071	5,000	-46,53	80,53
	Total	47	M	20,13	11,536	1,683	16,74	23,51
Desperso_nalización	SI	47	M	8,98	6,219	,907	7,15	10,80
	NO	2	M	7,00	,000	,000	7,00	7,00
	Total	48	M	8,90	6,101	,872	7,15	10,65
Baja Realización Personal	SI	47	M	34,43	7,207	1,051	32,31	36,54
	NO	1	A	29,00				
	Total	48	M	34,31	7,173	1,035	32,23	36,40

Prueba de homogeneidad de varianzas^a

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Agotamiento_Emocional	1,271	1	45	,266
Despersonalización	3,920	1	47	,054

a. No es posible realizar la prueba de homogeneidad de varianzas para Realización_Personal porque sólo un grupo tiene una varianza calculada.

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento_Emocional	Inter-grupos	20,434	1	20,434	,151	,700
	Intra-grupos	6100,800	45	135,573		
	Total	6121,234	46			
Despersonalización	Inter-grupos	7,511	1	7,511	,198	,658
	Intra-grupos	1778,979	47	37,851		
	Total	1786,490	48			
Realización_Personal	Inter-grupos	28,823	1	28,823	,555	,460
	Intra-grupos	2389,489	46	51,945		
	Total	2418,313	47			

A la hora de analizar si existen diferencias en los niveles de Burnout en función de si los profesionales tienen que adaptarse a cambios tecnológicos en su trabajo, se observa en el ANOVA p-valores superiores a ,05 y, por tanto, no significativos. Es decir, no parece que el tener que adaptarse a los cambios tecnológicos influya en el nivel de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal de los neumólogos.

¿Requiere la intervención de otros para realizar su tarea? Relación con las dimensiones del Burnout								
							Intervalo de confianza para la media al 95%	
		N	Media	%	Desviación típica	Error típico	Límite Inferior	Límite Superior
Agotamiento Emocional	SI	36	M	21,25	11,648	1,941	17,31	25,19
	NO	11	B	16,45	10,857	3,273	9,16	23,75
	Total	47	M	20,13	11,536	1,683	16,74	23,51
Desperso_nalización	SI	37	M	9,41	6,589	1,083	7,21	11,60
	NO	12	M	7,33	4,097	1,183	4,73	9,94
	Total	49	M	8,90	6,101	,872	7,15	10,65
Baja Realización Personal	SI	36	M	34,42	6,950	1,158	32,07	36,77
	NO	12	M	34,00	8,124	2,345	28,84	39,16
	Total	48	M	34,31	7,173	1,035	32,23	36,40

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Agotamiento_Emocional	,202	1	45	,656
Despersonalización	4,431	1	47	,041
Realización_Personal	,709	1	46	,404

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento_Emocional	Inter-grupos	193,757	1	193,757	1,471	,232
	Intra-grupos	5927,477	45	131,722		
	Total	6121,234	46			
Despersonalización	Inter-grupos	38,904	1	38,904	1,046	,312
	Intra-grupos	1747,586	47	37,183		
	Total	1786,490	48			
Realización_Personal	Inter-grupos	1,563	1	1,563	,030	,864
	Intra-grupos	2416,750	46	52,538		
	Total	2418,313	47			

Aunque para la despersonalización el estadístico Levene resultó ser significativo, sólo es ligeramente menor a ,05. Por lo que se ha decidido utilizar igualmente el ANOVA para analizar las posibles diferencias en las dimensiones de Burnout en función de si se requiere o no la intervención de otros para un correcto desempeño profesional.

Al igual que en el caso anterior, el requerir la intervención de otros para realizar el trabajo tampoco influye en las tres dimensiones del Burnout.

¿Está conforme con la organización del trabajo en su puesto? Relación con las dimensiones del Burnout								
							Intervalo de confianza para la media al 95%	
		N	Media	%	Desviación típica	Error típico	Límite Inferior	Límite Superior
Agotamiento Emocional	SI	16	B	12,56	8,318	2,080	8,13	17,00
	NO	31	M	24,03	11,098	1,993	19,96	28,10
	Total	47	M	20,13	11,536	1,683	16,74	23,51
Desperso_nalización	SI	17	M	6,35	5,219	1,266	3,67	9,04
	NO	32	A	10,25	6,175	1,092	8,02	12,48
	Total	49	M	8,90	6,101	,872	7,15	10,65
Baja Realización Personal	SI	17	M	37,94	6,675	1,619	34,51	41,37
	NO	31	A	32,32	6,730	1,209	29,85	34,79
	Total	48	M	34,31	7,173	1,035	32,23	36,40

Prueba de homogeneidad de varianzas

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	Sig.
Agotamiento_Emocional	3,805	1	45	,057
Despersonalización	,495	1	47	,485
Realización_Personal	,052	1	46	,821

ANOVA

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Agotamiento_Emocional	Inter-grupos	1388,329	1	1388,329	13,200	,001
	Intra-grupos	4732,905	45	105,176		
	Total	6121,234	46			
Despersonalización	Inter-grupos	168,607	1	168,607	4,898	,032
	Intra-grupos	1617,882	47	34,423		
	Total	1786,490	48			
Realización_Personal	Inter-grupos	346,597	1	346,597	7,696	,008
	Intra-grupos	2071,715	46	45,037		
	Total	2418,313	47			

La conformidad o no con la organización del puesto de trabajo influye tanto en el agotamiento emocional, como en la despersonalización y en la baja realización personal. Observando en los tres casos p-valores estadísticamente significativos, es decir, inferiores a ,05. Esto implica que sí que existen diferencias entre los neumólogos que están conformes con la organización de su trabajo y los que no, siendo mayor el agotamiento emocional, la despersonalización y la “baja” realización personal en los que no están conformes con la organización, que en los que sí lo están.

6. CONSIDERACIONES GENERALES Y DISCUSIÓN

Los requerimientos de nuestro desempeño profesional y las inquietudes derivadas del trabajo (los deseos, las preocupaciones, el miedo, el cansancio, etc.) son factores que determinan y modulan nuestro desarrollo laboral e influyen en todas las áreas de nuestra vida.

La responsabilidad y dedicación que se le exige al personal de los servicios de salud y las condiciones laborales en las que en ocasiones han de desempeñar su labor, han hecho que el burnout sea un problema acuciante entre los profesionales sanitarios, una amenaza para el buen desempeño de los equipos hospitalarios y un permanente enemigo del bienestar psicosocial de los trabajadores, que unido en muchas ocasiones a trastornos de ansiedad y depresivos, provoca un intenso desgaste personal y profesional entre quienes lo sufren.

Así pues, conocer la incidencia de esta problemática entre el personal sanitario y la relación existente entre la misma y variables sociodemográficas y laborales de quienes lo padecen, supone un primer punto de partida para elaborar planes de acción e intervención en pro de la prevención y paliación de este trastorno, que afecta al bienestar psicológico y físico de miles de trabajadores a nivel mundial (con especial incidencia

entre los profesionales sanitarios) y, con ello, a la calidad del servicio sanitario que se ofrece a la población.

Numerosas investigaciones, nacionales e internacionales, han puesto el énfasis en la evaluación de la prevalencia de este trastorno entre los diferentes profesionales que desarrollan su labor en los servicios de salud. Con especial interés entre el personal de enfermería y médicos que trabajan en unidades hospitalarias. En relación con esta circunstancia se planteó el primer objetivo de este estudio, centrado en determinar la existencia del riesgo de burnout entre los médicos neumólogos del Principado de Asturias, pues no se conocen investigaciones que hayan evaluado su incidencia en este grupo de profesionales en concreto, ya sea en esta comunidad autónoma o en otras. Al analizar el nivel de burnout a partir del *MBI-HSS*, *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* (Maslach, Jackson y Leiter, 1996), pese a que en todas las dimensiones la media de la muestra en general se situó en el rango medio de la escala, se pudo comprobar que hay médicos neumólogos con niveles altos de burnout tanto en agotamiento emocional, como en despersonalización, como en baja realización personal.

Dando respuesta también al tercer objetivo de esta investigación acerca de los niveles específicos en cada una de ellas. En concreto, se ha

podido observar que un 30% de la muestra manifiesta niveles altos de burnout en agotamiento emocional, un 40% en despersonalización y un 50% en baja realización personal. Niveles que varían en estas dimensiones en función de la categoría profesional (cuarto objetivo). Siendo los adjuntos quienes presentan mayor porcentaje de agotamiento emocional (36,4% frente al 14,3% de los jefes de sección y de los residentes). Y los jefes de sección quienes presentan mayor porcentaje en los niveles más altos de despersonalización, el 62,5%, frente al 35,3% de los adjuntos y el 42,9% de los residentes. En cuanto a la baja realización personal, a penas hay diferencias en los niveles altos en relación a la categoría profesional (51,5% adjuntos; 50% jefes de sección y 42,9% residentes). Por lo que podría afirmarse que la categoría laboral influye, en cierta medida, en los niveles altos de agotamiento emocional y despersonalización, con especial énfasis en los adjuntos en el primer caso y en los jefes de sección en el segundo. Tal vez porque son los adjuntos quienes asumen más carga laboral y porque son los jefes de sección quienes se encargan de labores organizativas y administrativas que facilitan su pérdida de contacto directo con el paciente.

Al analizar las diferencias en los niveles altos de burnout en función del Hospital donde trabajaban los neumólogos (quinto objetivo), se obtuvieron

porcentajes superiores en agotamiento emocional, en los hospitales de Cangas de Narcea, Jove, Valle de del Nalón, Avilés y Cabueñes con respecto a sus homólogos. Porcentajes muy superiores de despersonalización en los hospitales de Jove, Arriondas y Cangas de Narcea en comparación con el resto de hospitales. Y porcentajes mucho más elevados en alta “baja realización personal” en los hospitales de Jarrio, Cangas de Narcea, Jove y Avilés respecto del total de centros sanitarios con los que se ha contado para este estudio.

En relación al segundo objetivo de este estudio, perfil sociodemográfico y laboral de la muestra, se puede plantear de manera muy genérica el perfil de los neumólogos asturianos. Elaborado en función de los porcentajes más representativos de las categorías establecidas en cada una de las variables medidas. Y que podría resumirse en el siguiente: *hombre o mujer, casado/a, entre 25-35 o 55-65 años que lleva desempeñando su puesto como adjunto/a entre 0-5 o más de 25 años con una situación laboral de interino o estatutario. Que realiza más de tres tareas diferentes diarias, guardias, con necesidad de intervención de otros en su desempeño profesional y obligación de adaptarse a frecuentes cambios tecnológicos. Con cierta percepción de presión en su trabajo y disconforme con la organización del mismo.*

Al analizar estadísticamente la relación de las variables sociodemográficas y laborales medidas con el burnout (sexto objetivo), se pudo observar que no todas ellas mantienen una relación significativa con los diferentes niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Es más, en la mayoría de los casos no supone una diferencia sustancial en los resultados obtenidos. Así pues, ni la edad, ni el estado civil, ni el sexo, la categoría profesional, situación laboral, desacuerdo con el salario, realización de guardias, realización de varias tareas en el día, adaptarse a los cambios tecnológicos o necesitar la intervención de otros, influyen significativamente en los niveles de burnout de los neumólogos. Sin embargo, la antigüedad en el puesto, sentirse presionado en el trabajo o la organización del mismo, sí que afectan a los niveles de las dimensiones del mismo. De tal forma que, aquellos trabajadores que llevan desempeñando su labor entre 11 y 15 años tienen mayor agotamiento emocional y presentan mayor despersonalización que los trabajadores distribuidos en el resto de rangos de edad, siendo estas diferencias especialmente sustanciales para el agotamiento emocional con respecto al grupo que lleva trabajando de 6 a 10 años y para la despersonalización con quienes llevan trabajando de 0 a 10 años y de 16 a 20. Sentirse presionados en su trabajo también influye de manera significativa en los niveles de burnout, siendo los profesionales que se sienten presionados quienes obtienen puntuaciones consistentemente

superiores en agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. De igual modo, aquellos neumólogos que consideran que no hay una correcta organización de su puesto de trabajo, también puntúan significativamente más alto en las tres dimensiones de burnout con respecto a quienes están de acuerdo con la organización de la misma.

No todos los resultados obtenidos se corresponden con los facilitados en estudios previos (séptimo objetivo). Así pues, en este trabajo no se han observado diferencias en función del sexo de los neumólogos que conforman la muestra, por contraposición a investigaciones previas donde sí se establecían tales distinciones (p.e. Pakes, 1998). Tal vez, porque como mantiene Rout (2001), están más relacionadas con los roles sexuales que con características biológicas y, por tanto, se van difuminando a medida que disminuyen las diferencias de género en las sociedades. Por otro lado, en investigaciones anteriores parece haber quedado patente que la edad o la antigüedad en el puesto laboral influyen en los niveles de burnout. Lo que no está tan claro es en qué sentido ocurren tales circunstancias. Así pues, hay autores que asumen que llevar poco tiempo en el puesto laboral o ser más joven protege del desgaste (Hillhouse y Adler, 1997), mientras que otros, entienden que llevar más años trabajando ofrece la posibilidad de adquirir estrategias de afrontamiento ante situaciones difíciles que actúan

como factores de protección ante el burnout (Albor, Romero, González, et al., 2004). En el caso de esta investigación parece que ambas hipótesis se ven confirmadas, por encontrarse que sólo se ven significativamente afectados por este problema aquellos profesionales que se sitúan en los rangos intermedios. Tal vez por verse desprotegidos ante la pérdida de la ilusión de los primeros años y por no tener adquiridas aún las suficientes estrategias de resolución que se adquieren con la experiencia.

También en estudios previos se considera que los niveles de las tres dimensiones del burnout son altos cuando los contextos laborales se caracterizan por sobrecarga en el trabajo (Barkey y Richardson, 1996) y, como manifiestan Cox, et al. (1993), además, cuando se da una incongruencia organizacional. Esto se ve confirmado en la presente investigación, ya que en este estudio se han observado niveles significativamente más altos de burnout en aquellos profesionales que se sienten presionados en su trabajo y que no están de acuerdo con la organización del mismo.

7. CONCLUSIONES

1ª.- Se ha podido confirmar que una importante proporción de neumólogos de hospitales asturianos presenta niveles altos en cada una de las tres dimensiones del burnout.

2ª.- Se constata que los médicos neumólogos que sufren mayor grado de agotamiento emocional presentan sentimientos de despersonalización más frecuentemente y de modo significativo.

3ª.- Los grados de agotamiento emocional y despersonalización son inversamente proporcionales a grados en realización personal. De esta manera, afirmamos que los médicos neumólogos que presentan los grados más bajos de agotamiento emocional y despersonalización se sienten más competentes personal y profesionalmente (mayor realización personal) que aquellos que se sienten agotados o despersonalizados con una frecuencia media o alta, con diferencias estadísticamente significativas.

4ª.- Pese a que en otras investigaciones los factores sociodemográficos y laborales han mostrado tener una fuerte relación con el riesgo de burnout, en este caso sólo se confirma parcialmente, puesto que sólo tres variables laborales, la antigüedad en el puesto, sentirse

presionado en el trabajo y estar en desacuerdo con la organización del mismo, influyen significativamente en los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Siendo los que se sienten más presionados, los que están en desacuerdo con la organización y los que llevan en el puesto más de dos quinquenios, los que presentan mayores niveles en cada una de las dimensiones.

5ª.- Existen diferencias entre las diferentes categorías o niveles profesionales puesto que los Jefes de Sección presentan mayor despersonalización mientras que los Adjuntos presentan mayor agotamiento emocional. En baja realización personal, las tres categorías presentan similares valoraciones. Por lo que se puede concluir que no es la categoría o nivel profesional que asume mayor responsabilidad, dentro de la organización, la que padece mayores niveles de burnout en las tres dimensiones.

6ª.- Ha quedado patente la importancia que tiene el riesgo de burnout en el desempeño laboral de los neumólogos, quienes pueden verse afectados en mayor medida cuando determinadas condiciones laborales, como la antigüedad en el puesto, sentirse presionados o estar en desacuerdo con la organización del trabajo, no les son favorables.

7ª.- Existen diferencias en relación a las posibilidades de padecer burnout entre los distintos hospitales, ya que de la organización de los mismos dependerá la incidencia de determinadas variables que actuarán como factores de riesgo o factores de protección.

8. BIBLIOGRAFIA

Adali E, Priami M, Evagelon H, Mongia V, Ifanti M, Alevizopoulos G. Síndrome del quemado en el personal de enfermería psiquiátrica de hospitales griegos. *Eur J Psychiat* 2003; 17(3): 161-170.

Agut S, Grau R, Beas M. Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo. *Ansiedad y Estrés* 2001; 7(1): 79-88.

Ahola K, Honkonen T, Isometsa E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, Lonnqvist J. The relationship between job-related burnout and depressive disorders-results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord* 2005; 88 (1): 55-62.

Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288(16): 1987-1993.

Al- Ma'aitah R, Cameron S, Horsburgh ME, Armstrong- Stassen M. Predictors of Job Satisfaction, Turnover and Burnout in Female and Male Jordanian Nurses. *Can J Nurs Res* 1999; 31(3): 15-30.

Albadalejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78(4): 505-516.

Albadalejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Anastasio, P., Calle, ME. y Dominguez, V. Síndrome de Burnout en personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista española de Salud Pública*, 2004; 78(4): 505-516.

Albar MJ, Romero M, González MD, Carballo E, García A, Gutiérrez I et al. Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enferm. clín.* 2004; 14(5): 281-285.

Alimoglu MK, Donmez L. Daylight exposure and the other predictors of burnout among nurses in a University Hospital. *Int J Nurs Stud* 2005; 42(5): 549-555.

Alvarez MC. Motivación laboral en un servicio de urgencias hospitalario. *Enferm clin* 2003; 13(1):16-25.

Álvarez Quesada C, Hinojosa C, Arriaga A, Carrillo JA, Pernia I. El síndrome de burnout o de desgaste profesional. ¿Pueden quemarse los dentistas?. [Internet]. Madrid: Gaceta Dental Digital; 2003. [acceso 30 de octubre de 2005]. Disponible en: <http://www.gacetadental.com/anteriores/anteriores.html>

Álvila, JH., Gómez, LT. y Montiel, M. Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico*, 2010; 15: 39-52.

- Aranda C, Pando M, Aldrete MG, Guadalupe J, Torres T. Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guadalajara. México. Rev psiquiatr Fac Med Barc 2004; 31 (4): 196-205.
- Archibald C. Job satisfaction among neonatal nurses. *Pediatr Nurs* 2006; 32 (2): 176-179.
- Arrizabalaga P, Valls-Llobet C. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. *Med Clín (Barc)* 2005; 125 (3): 103-107.
- Ashtari, Z., Farhadi, Y. y Khodaei, MR. Relationship between job burnout and work performance in a sample of Iranian mental health staff. *African Journal of Psychiatry*, 2009; 12:71-74.
- Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71 (3): 294-303.
- Báguena Puigcerver MJ. Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés postraumático. *Psicothema* 2001; 13(3): 479-492.
- Bakker AB, Demerouti E, Euwema MC. Job resources buffer the impact of job demands on burnout. *J. Occup. Health Psychol.* 2005; 10 (2): 170-180.
- Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs* 2005; 51 (3): 276-87.
- Balanza Soriano J. Situaciones relacionadas con la salud mental. Depresión, ansiedad, estrés, mobbing y burnout. [Internet]. *JANO* 2003; 65:26-42. [acceso 14 de octubre de 2005]. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgibin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13054705>
- Baldella, MV., Fabbo, A., Costopulos, C. y Cardone, G. Is it possible to reduce job burnout of the health care staff working with demented patients?. *Archivos Gerontología Geriátrica*, 2004; 9: 51-56.
- Ballone E, Valentino M, Occhiolini L, Di Mascio C, Cannone D, Schioppa FS. Factors Influencing Psychological Stress Levels of Italian Peacekeepers in Bosnia. *Mil Med* 2000; 165(12):911-915.
- Bardera M, Osca A, González G. Influencia del estrés y la satisfacción laboral sobre la propensión al abandono de la organización, el absentismo y la accidentabilidad. *Ansiedad estrés* 2002; 8 (2-3): 275-284.
- Bartz C, Maloney JP. Burnout among intensive care nurses. *Res Nurs Health* 1986; 9 (2): 147-153.

Belloch SL, Renovell V, Calabuig JR, Gómez L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An med interna* 2000; 17(3):118-122.

Bernardi M, Catania G, Marceca F. The world of nursing burnout. A literature review. *Prof Inferm* 2005; 58(2): 75-79.

Bettina, FP. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2006; 43: 311–318.

Billeter-Koponen S, Freden L. Long-term stress, burnout, and patient-nurse relations: qualitative interview study about nurses experiences. *Scand J Caring Sci* 2005; 19(1):20-27.

Blasco JR, Llor B, García M, Sáez MC, Sánchez M. Relación entre la calidad del sueño, el burnout y el bienestar psicológico en profesionales de la seguridad ciudadana. *Mapfre med* 2002; 13(4): 258-267.

Boada J, de Diego R, Agulló E. El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema* 2004; 16 (1):121-131.

Borritz M, Bultmann U, Rugulies R, Christensen KB, Villadsen E, Kristensen TS. Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3 year follow up of de PUMA Study. *J. Occup. Environ. Med* 2005; 47(8): 1015-1025.

Bressi, C., Manenti, S., Porcellana, M., Cevalles, D., Farina, L., Felicioni, I., Meloni, G., Milone, G., Miccolis, IR., Pavanetto, M., Pescador, L., Poddigue, M., Scotti, L., Zambo, A., Corrao, G., Lambertenghi-Deliliers, G., Invernizzi, G. *British Journal of Cancer*, 2008; 25: 98(6):1046-1052.

Bressi, C., Porcellana, M., Gambini, O., Madia, L., Muffatti, R., Peirone, A., Zanini, S, Erlicher, A., Scarone, S. y Altamura, C. Burnout Among Psychiatrists in Milan: A Multicenter Survey. *Psychiatric Services*, 2009; 60:985-988.

Britt T, Adler A. Stress and health during medical humanitarian assistance missions. *Mil Med* 1999; 164 (4): 275-279.

Brooks, D., Bradd, J., Eyre, A., Hunt, L. y Dileo, C. Creative approaches for reducing burnout in medical personnel. *The Arts in Psychotherapy* , 2010; 37: 255–263.

Bruce SM, Conaglen JV. Burnout in physicians: a case for peersupport. *Intern Med J* 2005; 35(5): 272-278.

Bujalance J, Villanueva F, Guerrero S, Conejo J, González A, Sepúlveda A, et al. Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. Rev esp geriatr gerontol 2001; 36 (1): 32-40.

Bustanza A, López J, Carrillo A, Vigil M, Lucas N, Panadero E. Situación de burnout de pediatras intensivistas españoles. An esp pediatr 2000, 52(5):418-423.

Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud. Aten prim 2001, 27 (5):313-317.

Cabrera P, Simón E, Fernández R, Palazón A, Santodomingo O. Personalidad y estrés en el personal sometido a un trabajo de tensión y riesgo. Rev Cubana Med Mil 2000; 29(2): 79-83.

Cáceres Bermejo, G. Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar. Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid, 2006.

Carrasco D. El Tribunal Supremo confirma que el "burn-out" es accidente laboral. Diario Médico, 15 de diciembre de 2000.

Casado A, Muñoz G, Ortega N, Castellanos A. Burnout en profesionales de los servicios paliativos, intensivos y urgencias de un gran hospital. Med Clin (Barc) 2005; 124 (14): 554-555.

Casas J, Repullo JR, Lorenzo S. Estrés laboral en el medio sanitario y estrategias adaptativas de afrontamiento. Rev Calidad Asistencial 2002; 17 (4):237-246.

Cebriá J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. Aten Prim 2001; 27(7):459-468.

Cebriá J, Sobrequés J, Rodríguez C, Segura J. Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico en los médicos de atención primaria. Gac sanit 2003; 17(6):483-489.

Cebriá J. Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas. Aten Primaria 2003; 31(9): 572-574.

Cebriá-Andreu J. Comentario: el síndrome de desgaste profesional como un problema de salud pública. Gac Sanit 2005; 19 (6): 470.

Cevik AA, Holliman CJ, Yanturali S. Emergency physicians and "burn out" síndrome. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2003; 9 (2): 85-89.

Chiron, B., Michinov, E., Olivier-Chiron, E., Laffon, M. y Rusch, E. Job Satisfaction, Life Satisfaction and Burnout in French Anaesthetists. *Journal of Health Psychology*, 2010; 15(6): 948-958.

Chopra S, Sotile W, Sotile M. Physician Burnout. *JAMA* 2004; 291(5): 633.

Constable JF, Russell DW. The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *J Human Stress* 1986; 12 (1): 20-26.

Contreras, T, Juárez, A. y Murraín, E. Influencia del Burnout, la calidad de vida y los factores socioeconómicos en las estrategias de afrontamiento utilizadas por los profesionales y auxiliares de enfermería. *Pensamiento Psicológico*, 2008; 4(11): 29-43.

Cubriilo-Turek M, Urek R, Turek S. Burnout syndrome-assessment of a stressful job among intensive care staff. *Coll Antropol* 2006; 30 (1): 131-135.

De la Peña E, Sanz JC, Garrido J, Carvajal J, Galán R, Herrero A. Factores relacionados con el estrés profesional en personal de enfermería del área de salud de Badajoz. *Enfermería Clínica* 2002; 12(2): 59-64.

De las Cuevas C, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz-Benitez A, Corduras E, González T, et al. Desgaste profesional y clima laboral en Atención Primaria. *Mapfre Medicina* 1995; 6(1): 7-18.

De Pablo R, Simó J, Domínguez J, Gervás J. La relación gestorclínico:una perspectiva de médicos asistenciales. *Atem Prim* 2004; 33 (8):462-470.

De Pew A, Gordon M, Yoder LH, Goodwin CW. The relationship of burnout, stress, and hardiness in nurses in a military medical center: a replicated descriptive study. *J Burn Care Rehabil* 1999; 20 (6): 515-522.

Demira A, Ulusoyb M, Ulusoya MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the profesional and private lives of nurses. *Int J Nurs Stud* 2003; 40(8):807-827. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf

DSM IV. Criterios diagnósticos de los trastornos mentales. Disponible en: <http://biblioteca.consultapsi.com/DSM/dsmptsd.htm>

Dunwoodie, DA. y Auret, K. Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *International Medicine Journal*, 2007; 37: 693–698.

Dunwoodie, DA. y Auret, K. Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Internal Medicine Journal*, 2007; 37: 693–698.

Edelwich J, Brodsky A. Burnout: stages of disillusionment in helping professions. Nueva York: Human Services Press; 1980.

El "burn out" afecta ya a uno de cada tres médicos. Gaceta médica, 6 al 12 de septiembre de 2004.

Elit L, Trim K, Mand-Bains IH, Sussman J, Grunfeld E. Job satisfaction, stress, and burnout among Canadian gynaecologic oncologists. Gynecologic Oncology 2004; 94 (1):134-139.

Equipo de Investigación en estrés y salud del Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Instrumentos de evaluación. [Internet]. Universidad Autónoma de Madrid. [acceso 15 de noviembre de 2006]. Disponible en: <http://www.uam.es/gruposinv-/esalud/descargas.htm>

Escribá-Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la Comunidad Valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. Rev Esp Salud Pública 2002; 76(5):595-604.

Escribá-Agüir V, Bernabé-Muñoz Y. Exigencias laborales psicológicas percibidas por médicos especialistas hospitalarios. Gac Sanit 2002; 16 (6):487-496.

Esteban M. Sólo se indemniza el "burn-out" si hay relación entre la patología y el trabajo. Diario Médico, 10 de septiembre de 2004.

Esteva M, Larraz C, Soler JK, Yaman H. Desgaste profesional en los médicos de familia españoles. Aten Prim 2005; 35(2):108-109.

Estrés postraumático. [Internet]. Mobbing 2000; [acceso 20 de octubre de 2005]. Disponible en: http://www.leymann.se/-_English/12100E.htm

Expósito JA, Echevarría C, Pino R, Díaz P, Algarín MI, Cayuela A. Prevalencia y factores asociados al síndrome de estar quemado (burnout) en los servicios de rehabilitación. Rehabilitación (Madr) 2004; 38(2):59-65.

Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. Occupational and Environmental Medicine 2005; 62 (2):105-112.

Fernández-López JA, Siegrist J, Rödel A, Hernández-Mejía R. El estrés laboral: un nuevo factor de riesgo. ¿Qué sabemos y qué podemos hacer? Aten Primaria 2003; 31(8): 1-10.

Ferrer, R. Burn out o síndrome de desgaste profesional. Med Clin (Barcelona). 2002; 119-495-6.- vol 119 num 13

Fischer JE, Calame A, Dettling AC, Zeier H, Fanconi S. Experience and endocrine stress responses in neonatal and pediatric critical care nurses and physicians. *Crit Care Med* 2000; 28 (9): 3362-3363.

Flórez Lozano JA. La muerte y el médico: impacto emocional y *burnout*. *Med Integral* 2002; 40 (4):167-182.

Freudenberger H. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974; 30(1): 159-166.

Fry ST, Harvey RM, Hurley AC, Foley BJ. Development of a model of moral distress in military nursing. *Nurs Ethics* 2002; 9 (4):373-387.

Gándara JJ, García Moja C, González Corrales R, Álvarez MT. Estudio del burnout mediante el test CUBO (cuestionario urgente de Burnout). Análisis de fiabilidad. *An psiquiatr* 2005; 21 (5): 223-229.

Garrosa E, Moreno B, Rodríguez –Carvajal R, Morante ME. Variables predictoras del burnout en enfermería: importancia de los procesos emocionales de resistencia. *Med segur trab* 2005; 51 (199): 5-13.

Gaynés E, Giménez M, Portell M. El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica. *Arch Prev Riesgos Labor* 2004; 7(3): 101-108.

Gervás JJ, Hernández M. Enfermedad de Tomás. *Med Clin*, 1989; 93: 572-575.

Gil-Monte P, Peiró JM. A study on significant sources of the “Burnout Syndrome” in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain* 1998; 2 (1): 116-123.

Gil-Monte P, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología* 1999; 15(2): 261-268.

Gil-Monte P, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema* 1999;11(3): 679-689.

Gil-Monte P. Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología en Estudio, Maringá* 2002; 7 (1): 3-10.

Gil-Monte P. Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud pública de México* 2002; 44 (1): 33-40.

Gil-Monte PR, Carretero N, Roldán MD. Algunos procesos psicosociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Ansiedad estrés* 2005;11 (2-3): 281-290.

Glasberg, AL., Eriksson, S. y Norberg, A. Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 2007; 57(4): 392– 403.

Goehring, C., Bouvier, M., Künzi, B. y Bovier, P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Medical Weekly*, 2005; 135: 101–108.

Gómez Esteban R. El estrés laboral del médico: burnout y trabajo en equipo. *Rev de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 2004; 24 (90): 41-56.

González R. Síndrome de burn-out: una oportunidad para aprender y reflexionar. *Semergen* 2003; 29(1):2-3.

Gran A, Suñer R, García M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gac Sanit* 2005; 19 (6): 463-470.

Grau-Alberola, Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga. F. Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y español. *Revista española de Salud Pública*, 2009; 83(2): 215-230.

Grau-Alberola, E., Gil-Monte, P., García-Juesas, JA. y Figueiredo-Ferraz, H. Incidence of burnout in Spanish nursing professionals: A longitudinal Study. *International Journal of Nursing Studies*, 2010; 47:1013–1020.

Grossi G, Perski A, Ekstedt M, Johansson T, Lindstrom M, Holm K. The morning salivary cortisol response in burnout. *J Psychosom Res* 2005; 59 (2): 103-111.

Groter, R. y Freeman, R. Burnout and engagement in relation with job demands and resources among dental staff in Northern Ireland. *Community Dentistry Oral Epidemiology* 2011; 39: 87–95.

Guevara C, Henao D, Herrera J. Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. *Hospital Universitario del Valle, Cali*, 2002. *Colomb Med* 2004; 35: 173-178.

Gulbrandsen P, Aasland OG. Changes in drinking habits among Norwegian physicians 1985-2000. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2002; 122 (29): 2791-2794.

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

Halayem-Dhouib, S., Zaghdoudi, L., Zremdini, R., Maalej, M. y Labbène, R. Burnout among mental health professionals: A Tunisian experience. *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique* , 2010 ; 58(6):403-408.

Heinz Leymann. [Internet]. The Definition of Mobbing at Workplaces. The Mobbing Encyclopaedia, 2000. [acceso 20 de octubre de 2005]. Disponible en: <http://www.leymann.se-/English/12100E.htm>

Hernández GL, Olmedo E. Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología* 2004; 22 (1): 121-136.

Hillhouse JJ, Adler CM. Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. *Soc Sci Med* 1997; 45 (12):1781-1788.

Hoge C, Castro C, Messer S, McGurk D, Cotting D, Koffman R. Combat Duty in Iraq and Afganistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. *N Engl J Med* 2004; 351(1): 13-22

Hyrkas K. Clinical supervision, burnout, and job satisfaction among mental health and psychiatric nurses in Finland. *Issues Ment Health Nurs* 2005; 26(5): 531-556.

Ibáñez N, Vilaregut A, Abio A. Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enferm. clín.* 2004; 14(3): 142-151.

Ilhan, MN., Durukan, E., Taner, E., Maral, I. y Bumin, MA. Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 2007; 61(1): 100–106.

Italia, S., Favara-Scacco, C. Di Cataldo, A. y Russo, G. Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psycho-Oncology*, 2008; 17: 676–680.

Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward on understanding of the Burnout phenomenon. *J Appl Psicol* 1986; 71 (4): 630-640.

Jennings BM. Stress, locus of control, social support, and psychological symptoms among head nurses. *Res Nurs Health* 1990; 13 (6): 393-401.

Jiménez C, Morales JL, Martínez C. Estudio del síndrome de burnout en cirujanos pediatras españoles. *Cir pediatr* 2002; 15(2):73-78.

Jorge F, Blanco MA, Issa S, Romero L, Gayoso P. Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria. *Aten Primaria* 2005; 36(8):442-447.

Juntunen J, Asp S, Olkinuora M, Aarimaa M, Strid L, Kauttu K. Doctor’s drinking habits and consumption of alcohol. *BMJ* 1988; 297 (6654): 951-954.

Kaspersen M, Mathiesen S. Síntomas de Estrés Postraumático entre los soldados de Naciones Unidas y el personal perteneciente al voluntariado. *Eur J Psychiat* 2003; 17 (2): 69-77.

Klersy, C., Callegari, A. Martinelli, V., Vizzardi, V., Navino, C, Malberti, F., Tarchini, R., Montagna, G., Guastoni, C., Bellazzi, R., Rampino, T., David, T., Barbieri, C., Canton, A. y Politi, P. Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy—a multicentre study. *Nephrol Dial Transplant*, 2007; 22: 2283–2290.

Kortum-Margot E. Factores psicosociales que influyen en el trabajo. Programa de Higiene del Trabajo. *The Global Occupational Health Network* 2:7-10. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2002. [acceso 5 de octubre de 2005].

Kovacks, M., Kovacs, E. y Hedeüs, K. Emotion Work and Burnout: Cross-sectional Study of Nurses and Physicians in Hungary. *Croatian Medical Journal*, 2010; 51: 432-42.

Krasner, M., Epstein, R., Beckam, H., Suchman, A., Chapman, B., Mooney, C. y Quill, T. Association of an Educational Program in Mindful Communication With Burnout, Empathy, and Attitudes Among Primary Care Physicians. *JAMA*, 2009; 302(12): 1284-1293.

Kushnir T, Rabin S, Azulai S. A descriptive study of stress management in a group of pediatric oncology nurses. *Cancer Nurs* 1997; 20 (6): 414-421.

Lederer W, Kinzl JF, Trefalt E, Traweger C, Benzer A. significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiol Scand* 2006; 50 (1): 58-63.

Leka S, Griffiths A, Cox T. ¿Que es el estrés laboral?. La organización del trabajo y el estrés. Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2004. [acceso 5 de octubre de 2005]. Disponible en: http://www.who.int/-occupational_health/publications/pwh3sp.pdf

Leka S, Griffiths A, Cox T. Causas del estrés laboral. La organización del trabajo y el estrés. Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2004. [acceso 5 de octubre de 2005]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf

Liakopoulou, M., Panaretaki, M., Papadakis, V., Katsika, A., Sarafidou, J., Laskari, H., Anastasopoulos, I., Vessalas, G., Bouhoutsou, D., Papaevangelou, V., Polychronopoulou, S. y Haidas, S. Burnout, staff support, and coping in Pediatric Oncology. *Support Care Cancer*, 2008; 16:143–150.

Loma- Segarra M, Garrido J. La supervisión de enfermería y el burnout: un estudio sobre los factores laborales y psicológicos. *Gest Hosp.* 2000; 11(4):165-169.

López JA, Pérez F, de la Rosa DJ. Interpsiquis 2005. Correlato del diseño del puesto de trabajo vs. sistema social con el burnout en sector sociosanitario. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/-interpsiquis 2005/20378>.

López M, Rodríguez A, Fernández M, Marcos S, Martín F, Martín JM. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatr (Barc)* 2005; 62(3): 248-251.

López-Soriano F, Bernal L. Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Rev calid asist* 2002; 17(4):201-205.

Losa, ME., Becerro, R. y Salvadores, P. The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2010; 47: 30–37.

Lyckholm L. Dealing with stress, burnout, and grief in the practice of oncology. *Lancet Oncol* 2001; 2 (12): 750-755.

Llaneza Alvarez, FJ. La ergonomía forense. Pruebas periciales en prevención de riesgos laborales. Editorial Lex Nova 2007, 197-228.

Llaneza Alvarez, FJ. Ergonomía y Psicología Aplicada. Manual para la formación del especialista. Editorial Lex Nova 2009, 401-533.

Martín, MJ. , Hernández, BM., Arnillas, MH. y García, M. Burn-out en el hospital: ¿estamos quemados los médicos?. *Medicina Balear* 2009; 24 (3); 29-33.

Martínez, C. y López, G. Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mejicanas. *Archivos en medicina familiar*, 2005; 7(1): 6-9.

Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2 (2): 99-113.

Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory Manual*. (2º edic). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press;1986.

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol* 2001; 52 (1): 397-422.

Maslach C. Burned-out. *Human Behavior* 1976; 9 (5): 16-22.

Maslach C. Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science* 2003; 12 (5): 189-192.

McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *Lancet* 2002; 359 (9323):2089-2090.

Med Clin (Barc) 2002; 119(13):495-496.

Melamed S, Kushnir T, Shiron A. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases. *Behav Med* 1992; 18 (2): 53-60.

Middeldorp CM, Stubbe JH, Cath DC, Boomsma DI. Familial clustering in burnout: a twin-family study. *Psychol. Med.* 2005; 35 (1): 113-120.

Mingote Adán, JC. Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional. *FMC* 1998; 5 (8): 493-509.

Mingote JC, Moreno B, Gálvez M. Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin (Barc)* 2004; 123(7): 265-270.

Mingote JC, Pérez Corral F. Síndrome del "burnout" o de desgaste profesional. En: Mingote Adán JC, Pérez Corral F, (Ed). *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Diaz de Santos; 1999. p. 43.

Mingote JC, Pérez Corral F. Síndrome del "burnout" o de desgaste profesional. En: Mingote Adán JC, Pérez Corral F, (Ed). *El estrés del médico. Manual de autoayuda*. Madrid: Diaz de Santos; 1999. p. 4-10.

Molina A, García MA, Alonso M, Cecilia P. Prevalencia de desgaste profesional y psicopatología en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *Aten. prim.* 2003; 31(9):564-574.

Mommersteeg PM, Heijnen CJ, Verbraak MJ, van Doornen LJ. Clinical burnout is not reflected in the cortisol awakening response, the day-curve or the response to a low-dose dexamethasone suppression. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 31 (2): 216-225.

Moragon AC, De Lucas GN, Encarnación López FM, Rodríguez- Manzanique AS, Jiménez Fraile JA. Antioxidant enzymes, occupational stress and burnout in workers of a prehospital emergency service. *Eur J Emerg Med* 2005; 12 (3): 111-115.

Morata MA, Ferrer VA. Interacción entre estrés ocupacional, estrés psicológico y dolor lumbar: un estudio en profesionales sanitarios de traumatología y cuidados intensivos. *MAPFRE Medicina* 2004; 15(3):49-61.

Moreno B, González JL, Garrosa E, Peñacoba C. Desgaste profesional en hospitales. Influencia de las variables sociodemográficas. *Rol de Enfermería* 2002; 25 (11): 18-26.

Moreno B, Oliver C, Pastor JC, Aragoneses A. El Burnout una forma específica de estrés laboral. En: Carballo VE & Buela G, editores. Manual de Psicología Clínica. Madrid: Siglo XXI;1991, p.271-284.

Morgado M. Relación entre el síndrome de burnout , psicopatología y ambiente en el trabajo de enfermeras de hospital general. Arch Psiquiatr 2004; 67 (2): 129-138.

Moriana JA, Herruzco J. El síndrome de burnout como predictor de bajas laborales de tipo psiquiátrico. Clín salud 2005; 16 (2): 161-172.

Moriana JA, Herruzco J. Estrés y *burnout* en profesores. Int J Clin Health Psicol. 2004; 4 (3): 597-621.

Morris, G. y Pfister, EA. Nursin Burnout: cross-sectional study at a large Army Hospital. Military Medicine, 2010; 175 (6): 435-441.

Nadia D. Prevalencia de Burnout en trabajadores del Hospital Roberto del Río. Rev Chil Pediatr 2004; 75(5): 449-454.

Nakamura H, Nagase H, Yoshida M, Ogino K. Natural Killer (NK) cell activity and NK cell subsets in workers with a tendency of Burnout. J Phychoson Res 1999; 46 (6): 569-578.

Nathan, R., Brown, A., Redhead, K., Holt, G. y Hill, J. Staff responses to the therapeutic environment: A prospective study comparing burnout among nurses working on male and female wards in a medium secure unit. The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology,2007; 18(3): 342 – 352.

Nyklicek I, Pop VJ. Past and familial depresión predict current symptoms of professional burnout. J Affect Disord 2005; 88(1): 63-68.

Ogresta, J., Rusac, S. y Zorec, L. Relation Between Burnout Syndrome and Job Satisfaction Among Mental Health Workers. Croatian Medical Journal, 2008; 49(3): 364–374.

Ozca A, González-Camino G, Bardera P, Peiró JM. Estrés de rol y su influencia sobre el bienestar psíquico y físico en soldados profesionales. Psicothema 2003; 15(1): 54-57.

Ozyurt, A., Hayran, O. y Sur, H. Predictors of burnout and job satisfaction among Turkish physicians. Q J Med 2006; 99:161–169.

Pardell H. Formación médica continuada, ¿individual o institucional? Med Clin (Barc) 2001; 116 (18): 698-700.

Pardo J, López F, Moríña M, Pérez M, Freire P, Fernández R. ¿Estamos quemados en Atención Primaria?. Medicina de Familia (And) 2002; 3(4): 245-250.

Párraga, J. Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de Burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios. Tesis doctoral. Departamento de Psicología y Sociología de la Universidad de Extremadura, 2005.

Pavlakís, A., Raftopoulos, V. y Theodorou, M. Burnout syndrome in Cypriot physiotherapists: a national survey. BMC Health Services Research, 2010; 10/63: 1-8.

Pedreño MA. Riesgo y afrontamiento del burnout de la enfermera de Salud Mental. Metas enferm 2005; 8 (9):14-17.

Pedrero EJ, Puerta C, Lagares A, Sáez A, García I. Estudio del burnout en profesionales de drogodependencias. Trastornos Adictivos 2004; 6(1): 5-15.

Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. Gac sanit 2002; 16(6): 480-486.

Pérez MA, Cano A, Miguel JJ, Camuñas N, Sayalero MT, Blanco JM. La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. Ansiedad estrés 2001; 7 (2-3): 247-257.

Pflanz S. Psychiatric illness and the workplace: perspectives for occupational medicine in the military. Mil Med 1999; 164 (6): 401-406.

Piedrahita Lopera H. Evidencias epidemiológicas entre factores de riesgo en el trabajo y los desórdenes músculo-esqueléticos. MAPFRE Medicina 2004; 62-71.

Pines A, Aronson E, Kafry D. PBurnout: From tedium to personal growth. New York: Free Press; 1981.

Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en médicos anesestesiólogos de la ciudad de Mexicali. Gac Med Mex 2005; 141 (3): 181-183.

PrietoL, Robles E, Salazar LM, Daniel E. Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. Aten Prim 2002; 29 (5): 294-302.

Quattrin, R., Zanini,A., Nascig, E., Annunziata, MA., Calligaris, L. y Brusaferró, S. Level of Burnout Among Nurses Working in Oncology in an Italian Region. Oncology nursing forum, 2006; 33(4): 815-818.

Ramos A, Barroso A, Dolado R, Aliaga J, Padrós J, Bruguera M. Formación orientada a la inserción laboral de médicos (1994-2002). *Med Clin (Barc)* 2004; 122 (4): 140-144.

Ramos F, Castro R, Fernández Valladares MJ. Desgaste profesional (burnout) en los trabajadores del Hospital de León: prevalencia y análisis de factores de riesgo. *Mapfre Medicina* 1999; 10(2): 134-144.

Recio J, Reig A. Coordinadores de Centros de Salud y burnout. ¿Es patogénica la labor directiva?. *Semergen* 2003; 29(9):459-467.

Renzi C, Tabolli S, Ianni A, Di Pietro C, Puddu P. Burnout and job satisfaction comparing healthcare staff of a dermatological hospital and a general hospital. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2005, 19(2):153-157.

Ríos, MI., Godoy, C. y Sánchez-Meca, J. Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de Psicología*, 2011; 27(1): 71-79.

Robles JI. El síndrome de burnout. *Med Mil (Esp)* 2004; 60 (1): 13-21.

Rodríguez E, Espí F, Canteras M, Gómez A. Consumo de alcohol entre profesionales médicos de atención primaria. *Aten Prim* 2001; 28(4):259-262.

Román J. Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Rev cubana Salud Pública* 2003; 29(2): 103-110.

Rosenstein A, O'Daniel M. Disruptive and clinical. *Nurs Manage* 2005; 36 (1): 18-29.

Ruiz-Moral R, Rodríguez-Salvador JJ, Férula L, Prados JA. Evolución del perfil comunicacional de los médicos residentes de medicina de familia. *Aten Primaria* 2002; 29 (3): 132-144.

Sá, L. y Fleming, M. Bulling, Burnout, and mental health amongst Portuguese nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 2008; 29:411–426.

Saharian, A., Fazalzadeh, A., Mehdizadeh, AR. y Toobae, SH. Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Review*, 2008; 55(1): 62-67.

Şahín, D., Turán, F., Alparslan, N., Şahín, I., Faikoglu, R. y Görgülü, A. Burnout Levels of Health Staff Working in a State Hospital. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2008; 45(4):116-121.

Sánchez A, Lucas N, García-Ochoa MJ, Sánchez C, Jiménez JA, Bustinza A. Estrés laboral en el profesional de un servicio de emergencias prehospitalario. *Emergencias* 2001; 13 (3):170-175.

Sánchez-Madrid MA, Delgado-Martínez AD, Alcalde Pérez D. Prevalencia del síndrome de burnout en los cirujanos ortopédicos de España. *Rev Ortop Traumatol* 2005; 49 (5): 364-367.

Sandstrom A, Rhodin IN, Lundberg M, Olsson T, Nyberg L. Impaired cognitive performance in patients with chronic syndrome. *Biol Psychol* 2005; 69 (3): 271-279.

Sandy L, Foster N, Eisenberg J. Challenges to Generalism: Views from the Delivery System. *Acad Med* 1995; 70(1): 44-46.

Santana Cabrera, L., Hernández, E, Robaina, P., Sánchez-Palacios, M., Pérez, R. y Falcón, R. Síndrome de burnout entre el personal de enfermería y auxiliar de una unidad de cuidados intensivos y el de las plantas de hospitalización. *Enferm Clin.* 2009; 19(1):31–34.

Schernhammer E. Taking Their Own Lives-The High Rate of Physician Suicide. *N Engl J Med* 2005; 352 (24): 2473-2476.

Schraub S, Marx E. Burn out síndrome in oncology. *Bull Cancer* 2004; 91 (9): 673-676.

Seisdedos, N. MBI. Inventario "Burnout" de Maslach. Madrid: TEA, ediciones; 1997.

Serrano Gisbert MF. Estrés laboral en personal sanitario. *Fisioterapia* 2002; 24 (1):33-42. 30. González- Rodríguez VM. Acoso laboral. Aproximación al *mobbing*. *Semergen* 2004; 30 Supl 1:3-8.

Shelley JJ, Wong M. Prevalence of burnout among military dentists. *Mil Med* 1991; 156 (3):113-118.

Shirom A, Westman M, Shamai O, Carel RS. Effects of work overload and burnout on cholesterol and triglycerides levels: the moderating effects of emotional reactivity among male and female employees. *J Occup Health Psychol* 1997; 2 (4): 275-288.

Simón MJ, Blesa A, Bermejo C, Calvo MA, Gómez C. Estresares laborales y satisfacción en la enfermería de una unidad de cuidados críticos. *Enferm Intensiva* 2005; 16(1): 3-14.

Solano MC, Hernández P, Vizcaya MF, Reig A. Síndrome de Burnout en profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Enferm Intensiva* 2002; 13(1): 9-16.

Sorgaard, K., Ryan, P. y Dawson, I. Qualified and Unqualified (N-R C) mental health nursing staff - minor differences in sources of stress and burnout. A European multi-centre study. *BMC Health Services Research*, 2010; 10: 2-12.

Sos P, Sobrequés J, Segura J, Manzano E, Rodríguez C, García M, et al. Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifam* 2002; 12 (10):613-619.

Soto R, Santamaría MI. Prevalencia del burnout en la enfermería de atención primaria. *Enferm clin* 2005; 15 (3): 123-130.

Souza, D., Faverzani, R., Mamôru, T. y Liberali, FR. Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. *Cadernos de Saúde Publica*, 2009; 25(7): 1559-1568.

Spickard A, Gabbe S, Christensen J. Mid-Career Burnout in Generalist and Specialist Physicians. *JAMA* 2002; 288 (12): 1447- 1450.

Suñer, A., García, R. y Grau, M. Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 2005; 19(6): 463-470.

Takeda F, Ibaraki N, Yokoyama E, Miyake T, Ohida T. The Relationship of Job Type to Burnout in Social Workers at Social Welfare Offices. *J Occup Health* 2005; 47 (2): 119-125.

Tizón JL. ¿Profesionales “quemados”, profesionales “desengañados” o profesionales con trastornos psicopatológicos?. *Aten Primaria* 2004; 33(6): 326-330.

Toker S, Shirom A, Berliner S, Melamed S. The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *J Occup Health Psychol* 2005; 10 (4):344-362.

Toppinen-Tanner S, Ojajarvi A, Vaananen A, Kalimo R, Jappinen P. Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes. *Behav Med* 2005; 31 (1): 18-27.

Torres E, San Sebastián X, Ibarretxe R, Zumalaba JM. Autopercepción de estrés laboral y distrés: un estudio empírico en la policía municipal. *Psicothema* 2002; 14(2): 215-220.

Travado L, Grassi L, Gil F, Ventura C, Martins C. Physician-patient communication among Southern European cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and burnout. *Psychooncology* 2005; 14 (8): 661-670

Travado L., Grassi, L. Gil, F., Ventura, C., Martins, C. y Grupo SEPOS. Physician-Patient communication among southern European cancer physicians: the influence of psychosocial orientation and Burnout. *Psycho-Oncology*, 2005; 14: 661–670.

Tucundura LT, García AP, Prudente FV, Centofanti G, de Souza CM, Monteiro TA, et al. *Rev Assoc Med Bras* 2006; 52 (2):108-112.

Vahey D, Aiken L, Sloane D, Clarke S, Vargas D. Nurse Burnout and Patient Satisfaction. *Medical Care* 2004; 42 Supl 2: 57-64.

Van Wijk C. Factors influencing burnout and job estress among military nurses. *Mil med* 1997; 162(10):707-710.

Varela-Centelles PI, Fontao LF, Martínez AM, Pita A, Valín MC. Desgaste profesional entre los odontólogos y estomatólogos del Servicio Gallego de Salud. *Aten Prim* 2005; 35(6):301-305.

Vega ED, Pérez Urdaniz A. El síndrome de burnout en el médico. Madrid : Smith Kline Beecham ; 1998.

Vuksic-Mihaljevic Z, Bensic M, Begic D, Lanc G, Hutinec B, Candrljic V, et al. El trastorno por estrés post-traumático relacionado con el combate entre los veteranos croatas: modelos causales para grupos (clusters) de síntomas. *Eur J Psychiat* 2004; 18 (4):197-209.

Yilmaz, A., Soykan, A., Ayaz, T., Incekale, E., Gürman, G. y Kumbasar, H. Burnout at a bone marrow transplantation unit in Turkey: effects of interactive psychoeducational seminars. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2009; 39 (6): 933-939

Zimmerman G, Weber W. Care for Carigivers: A Program for Canadiam Military Chaplains after Serving in NATO and United Nations Peacekeeping Missions in the 1990s. *Mil Med* 2000; 165(9): 687-689.

Zuger A. Dissatisfaction with Medical Practice. *N Engl J Med* 2004; 350(1): 69-75.

9. ANEXOS



UNIVERSIDAD DE OVIEDO
Departamento de Medicina

C/ Julián Clavería, 6
33006 Oviedo
Tel: 985 10 36 05 - 11
Fax: 985 10 36 06
dpto.medicina@uniovi.es

Estimado/a compañero/a:

Dentro del Departamento de Medicina, en el Área de Medicina Legal y Forense a la que pertenezco, intentamos realizar un estudio para un Proyecto de Investigación del Curso de Doctorado, con el objetivo de valorar el riesgo de Burnout o del desgaste generado por el trabajo profesional, centralizado en la profesión médica y, concretamente, en la Especialidad de Neumología.

Te envío esta carta por que has sido seleccionado, tras el sorteo realizado entre los Neumólogos de Asturias, para participar si lo consideras oportuno, debiendo entonces rellenar la encuesta que te adjunto.

La encuesta exige muy poco tiempo para su contestación y, por supuesto, te aseguro que todos los datos y respuestas personales son absolutamente confidenciales y serán procesados anónimamente.

Hemos estimado que un número de 25 sería suficientemente representativo de los Neumólogos Hospitalarios de Asturias.

La encuesta consta de dos partes, la primera de elaboración propia, incluyendo datos sociolaborales y profesionales, que denominamos "Sección A".

La "Sección B" es el Cuestionario Malash Burnout Inventory (MBI) en versión española, que ha sido validada por Seisdedos para la valoración del desgaste profesional. Consta de 22 items con respuestas en una escala de 7 grados, es decir, con una puntuación de 0 a 6.

Mediante un análisis estadístico se puede medir el grado de agotamiento por el trabajo y estimar las causas o etiología del mismo.

Agradezco sinceramente tu participación en este estudio, reiterándote su total confidencialidad y que se persigue un único interés científico.

Recibe un afectuoso saludo

Dr. José Ángel Rodríguez Getino
Departamento de Medicina
Universidad de Oviedo

SECCION A

FACTORES SOCIOLABORALES Y PSICOSOCIALES (Potenciales causas del síndrome)

1. Edad en años:	25-35 <input type="checkbox"/>	36-47 <input type="checkbox"/>	46-55 <input type="checkbox"/>	56-65 <input type="checkbox"/>	> 65 <input type="checkbox"/>	
2. Estado civil:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>			
3. Sexo:	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>				
4. Categoría Profesional:	Jefe Servicio <input type="checkbox"/>	Jefe de Sección <input type="checkbox"/>	Adjunto <input type="checkbox"/>	Residente <input type="checkbox"/>		
5. Antigüedad en el puesto (en años):	0-5 <input type="checkbox"/>	6-10 <input type="checkbox"/>	11-15 <input type="checkbox"/>	16-20 <input type="checkbox"/>	21-25 <input type="checkbox"/>	> 25 <input type="checkbox"/>
6. Situación laboral:	Estatutario <input type="checkbox"/>	Funcionario <input type="checkbox"/>	Contrato Fijo <input type="checkbox"/>	Interino <input type="checkbox"/>	MIR <input type="checkbox"/>	
7. ¿Está en desacuerdo con su salario?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
8. ¿Realiza guardias?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
9. ¿Realiza más de tres tareas laborales diferentes en el día?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
10. ¿Se siente presionado en el trabajo?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
11. ¿Tiene que adaptarse a cambios tecnológicos en el trabajo?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
12. ¿Requiere la intervención de otros para realizar su tarea?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		
13. ¿Está conforme con la organización del trabajo en su puesto?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>		

SECCION B

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Instrucciones: A continuación se relacionan varios ítems con escala de valoración de 0 al 6, conteste de acuerdo al número que más describa su situación actual.

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Una o varias veces al año	Una vez al mes	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Algunas veces a la semana	Todos los días

ITEMS	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.							
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada, me siento fatigado.							
4. Siento que puedo entender fácilmente a mis pacientes.							
5. Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.							
6. Siento que trabajar todo el día con la gente, me cansa.							
7. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes							
8. Siento que el trabajo me está desgastando.							
9. Siento que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas.							
10. Siento que me hecho más duro con la gente.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
13. Me siento frustrado en mi trabajo.							
14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
15. Siento que realmente no me importa lo que le ocurre a mis pacientes.							
16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.							
17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.							
18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.							
19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.							
22. Me parece que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

