

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACION A
DISTANCIA U.N.E.D.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

*Medida e Identificación de Factores de Riesgo de
Padecimiento del Síndrome de Burnout en Personal de
Enfermería*

Tesis Doctoral

Madrid 2012

Guillermo Arturo Cañadas de la Fuente

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACION A
DISTANCIA U.N.E.D.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento

*« Medida e Identificación de Factores de Riesgo de
Padecimiento del Síndrome de Burnout en Personal de
Enfermería »*

Directoras de Tesis:

Prfa. Dra. Concepción San Luis Costas

Prfa. Dra. Inmaculada García García

Autor: Guillermo Arturo Cañadas de la Fuente

Medida e Identificación de Factores de Riesgo de Padecimiento del Síndrome de Burnout en Personal de Enfermería

Tesis doctoral presentada por D. Guillermo Arturo Cañadas de la Fuente dentro del Programa *Metodología de las Ciencias Sociales y de la Salud*, para aspirar al grado de Doctor.

La tesis ha sido realizada bajo la dirección de las doctoras D^a Concepción San Luis Costas y D^a Inmaculada García García, quienes avalan la calidad de la misma así como la formación del doctorando para aspirar al Grado de Doctor.

En Madrid, a 1 de septiembre de 2012

Fdo. Concepción San Luis Costas
Directora

Fdo. Inmaculada García García
Codirectora

Fdo. Guillermo A. Cañadas de la Fuente
Doctorando

A mi madre

A mi padre

A mi hermano

A mis amigos

A mis colegas de grupo

A los profesionales de la Salud

AGRADECIMIENTOS:

Este trabajo no habría sido posible sin una serie de personas a los cuales quiero agradecer enormemente la dedicación prestada, más concretamente y en primer lugar, a las doctoras que me han dirigido, supervisado y que se han preocupado de hasta el último detalle para que este proyecto llegase a buen puerto. Ellas han sido como un faro de esperanza en este turbulento maremágnum de conocimiento que supone llegar a ser doctor.

Así mismo, debo y quiero agradecer a las siguientes personas, su implicación en las distintas fases de elaboración de esta tesis:

A cada una de las personas que han leído este compendio de palabras, pues sin ellas no habría sido posible darlo por terminado.

A José Sánchez, delegado provincial de SATSE Granada, que apostó por mí desde el primer momento en que nos conocimos y me apoyó nuevamente en un proyecto más de investigación que culminaría en esta tesis.

A todos y cada uno de los delegados sindicales de las distintas provincias que colaboraron desinteresadamente en la recogida de la información, en pos de una mejora de la calidad asistencial y laboral.

A los profesionales de cada uno de los centros en los que se recogió la información necesaria, por su voluntariedad y su entrega elevando este trabajo a la categoría necesaria.

A mis compañeros de profesión, los cuales conocen sobradamente la dificultad que entraña atender al enfermo y al desvalido.

A los colegas profesores que me han dado ánimos y su apoyo incondicional, sobre todo sabiendo lo que requiere llegar a este punto.

A los miembros del grupo de investigación, que me prestaron su tiempo incondicionalmente cuando necesité su ayuda y por acogerme en el Proyecto de Excelencia de la Junta de Andalucía, sin los que habría sido muy difícil realizar esta investigación.

A Luis Manuel, por su magistral forma de ayudarme a entender conceptos que se escabullían entre mis dedos.

A Cristina, por su disposición, su ayuda en los análisis y su esfuerzo, que supera con creces el de la mayoría.

A Raimundo, por ayudarme a buscar más bibliografía de la que pensé que podría existir, su logística ha sido increíblemente preciada.

A Sintri, por su talante y su carisma, por sus consejos y carácter pragmático, por facilitarme todo lo que ha podido este proceso y por estar siempre ahí de forma incondicional.

A mis amigos y gente más cercana, que saben cuantas veces tuve que ausentarme de su grata compañía para llegar hasta aquí y escribir estas palabras.

A todos aquellos que se han preocupado desinteresadamente por mí en algún momento de esta etapa de mi vida, que han compartido los buenos y malos ratos, que hicieron un esfuerzo para facilitar el mío o por una simple sonrisa que me han dedicado siempre que la he necesitado.

A mi hermano, persona de pocas palabras pero que cuando hace gala de ellas son sabias donde las haya.

A mi padre, siempre preguntándome cuando terminaría y siempre diciéndome “ya te queda menos”. Por tus consejos y tantas respuestas que me has dado te doy las gracias.

Y a mi madre en particular, por su guía y su experiencia, que me ahorraron tanto tiempo y esfuerzo. Por pensar siempre en lo mejor para mí y porque mucho de lo que soy hoy en día es gracias a ella. Gracias madre por ser como eres.

Las investigaciones que constituyen el trabajo empírico de esta Tesis Doctoral se han desarrollado en el marco del Proyecto SEJ2007-13009 del Ministerio de Investigación y Ciencia y el P07HUM-02529 y P11HUM-7771, Proyectos de Excelencia de la Junta de Andalucía

PRESENTACIÓN

La primera cuestión que se me ocurre al escribir la presentación de esta Tesis Doctoral es una reflexión relativa al tiempo que ha pasado desde su inicio, en junio de 2008. Han sido muchas las cosas que han ocurrido en los años de andadura de este trabajo, incluyendo un giro en el enfoque del mismo. El que inicialmente se plantea como un trabajo con idénticos objetivos que el actual, pero teniendo como protagonistas a los profesionales de enfermería que desarrollan su labor en el campo de la Gerontología, al final, posteriormente, y desde que se inicia nuestra comunicación con el Sindicato de Enfermería (SATSE), ha acabado siendo una investigación con idénticos objetivos pero centrada en una población objetivo más amplia. La trascendencia del tema, de la que éramos conscientes, para el colectivo total de profesionales de enfermería y la necesidad de atender a las demandas de los compañeros del SATSE, preocupados por la salud de los enfermeros y la calidad del servicio que se ofrece en los Centros Sanitarios del Sistema Andaluz de Salud motivaron ese giro en el enfoque del trabajo, que ahora consideramos muy satisfactorio. Ese contacto habitual con el SATSE hace que se configure este trabajo en la forma definitiva en que se presenta para su consideración y defensa pública como Tesis Doctoral.

Lo más importante en este momento es que con esta investigación se ha iniciado un camino de trabajo en colaboración que entendemos puede ser muy productivo; además de productivo es ilusionante desde el momento en que se ha podido comprobar cómo los compañeros profesionales de enfermería agradecen nuestra preocupación por ellos y por su trabajo y se

entregan y participan en la investigación con una motivación muy alta, para que ese objetivo de avanzar en el estudio del Síndrome de Burnout, pueda ser exitosamente cubierto.

En este momento, se dispone de los datos completos de cinco provincias andaluzas –aunque son los de cuatro de ellas los que se incluyen en esta Tesis Doctoral- y en breve, cuando se tenga la información de la totalidad de provincias de la Comunidad Autónoma Andaluza, se concluirá esta primera etapa; muy probablemente se proseguirá, si el interés del equipo de investigación y el SATSE se mantiene, recogiendo datos de profesionales de enfermería españoles en el resto de Comunidades Autónomas.

Los contenidos de esta Tesis Doctoral se estructuran en cinco capítulos, un apartado de referencias bibliográficas y dos anexos en los que se incluyen los cuestionarios utilizados para la recogida de la información. En el primer capítulo se introduce de forma muy resumida el marco teórico de la temática de interés. En el segundo capítulo se incluye la justificación propiamente dicha de la Tesis. En el capítulo tres se incluyen los objetivos e hipótesis tentativas que se han utilizado. Por último, en los capítulos cuatro y cinco se incluyen los dos estudios empíricos que conforman la investigación. Finalmente se pueden encontrar las referencias bibliográficas y los cuestionarios, ya aludidos previamente.

Aún a riesgo de parecer reiterativo, dado que se incluye un apartado específico de agradecimientos, quiero agradecer a todas las personas que de un modo u otro prestaron su ayuda en algunas de esas tareas -nunca suficientemente valoradas-, para que este trabajo se pudiera diseñar,

plantear objetivamente, y desarrollar, tanto en la revisión teórica y búsqueda bibliográfica realizadas, como en la recogida de los datos y la redacción edición y maquetación de estos contenidos últimos de la Tesis Doctoral.

Finalmente, quiero agradecer al Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología, que se haya aceptado esta propuesta de investigación, que se haya dirigido durante todo este tiempo su elaboración, y que se me ofrezca la posibilidad de su presentación y defensa pública, en el marco de sus instalaciones y su Universidad, la Universidad Nacional de Educación a Distancia UNED.

Madrid septiembre de 2012

El doctorando

ÍNDICE

CAPÍTULO 1. EL SÍNDROME DE BURNOUT. CONCEPTO MODELIZACIÓN Y MEDIDA. PROFESIONES DE RIESGO

1.1.EL SÍNDROME DE BURNOUT. CONCEPTO MODELIZACIÓN Y MEDIDA	
1.2.MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT	10
1.3.INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL BURNOUT ...	17
1.4.FACTORES DE RIESGO DE PADECIMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	25
1.5.GRUPOS PROFESIONALES AFECTADOS POR EL SÍNDROME DE BURNOUT. EL GRUPO DE PROFESIONALES SANITARIOS ...	31
1.6.EL PERSONAL SANITARIO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT A NIVEL INTERNACIONAL. EL PERSONAL DE ENFERMERIA EN ESPAÑA	33

CAPÍTULO 2. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

2.1.JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	39
-------------------------------------	----

CAPÍTULO 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS EN LA INVESTIGACIÓN

3.1.INTRODUCCIÓN	47
3.2.OBJETIVOS	49
3.3.HIPÓTESIS	50

CAPÍTULO 4. ESTUDIO 1

4.1.FICHA RESUMEN DEL ESTUDIO 1	57
4.2.INTRODUCCIÓN	59
4.3.OBJETIVOS	61
4.4.MÉTODO	62
4.4.1. Participantes	62
4.4.2. Instrumentos	63
4.4.3. Procedimiento y diseño	65
4.4.4. Variables	65
4.4.5. Análisis de Datos	65
4.5.RESULTADOS	68
4.5.1. Análisis de validez y fiabilidad del cuestionario	68
4.5.2. Prevalencia de Burnout y clasificación de los participantes según la Fase de Burnout en la que se encuentran	71
4.5.3. Identificación de grupos de riesgo según las variables sociodemográficas consideradas en el estudio	73
4.6.CONCLUSIONES	74

CAPÍTULO 5. ESTUDIO 2

5.1.FICHA RESUMEN DEL ESTUDIO 2	83
5.2.INTRODUCCIÓN	85
5.3.OBJETIVOS	86
5.4.MÉTODO	87
5.4.1. Participantes	87
5.4.2. Instrumentos	87
5.4.3. Procedimiento y diseño	89

5.4.4. Análisis de Datos	89
5.5.RESULTADOS	90
5.5.1. Descripción de la muestra y niveles de Burnout en personal de enfermería	90
5.5.2. Estimación de la Prevalencia de Burnout y clasificación de los participantes según la fase de Burnout en la que se encuentran	92
5.5.3. Identificación de grupos de riesgo según las variables sociodemográficas, laborales y de personalidad consideradas	93
5.6.CONCLUSIONES	95

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN GENERAL

6.1. INTRODUCCIÓN	103
6.2. OBJETIVO 1	105
6.2.1. Hipótesis 1	106
6.2.2. Hipótesis 2	107
6.2.3. Hipótesis 3	109
6.3.OBJETIVO 2	110
6.3.1. Hipótesis 4 y 5	110
6.4. OBJETIVO 3	111
6.4.1. Hipótesis 6	112
6.4.2. Hipótesis 7	113
6.4.3. Hipótesis 8	114
6.5.OBJETIVO 4	115
6.5.1. Hipótesis 9	116
6.6. OBJETIVO 5	116
6.6.1. Hipótesis 10	117
6.7.OBJETIVO 6	118

6.7.1. Hipótesis 11, 12 y 13	118
6.7.2. Hipótesis 14	120
6.8.CONCLUSIONES FINALES	123
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129

CAPÍTULO 1

EL SÍNDROME DE BURNOUT.

CONCEPTO, MODELIZACIÓN Y MEDIDA.

PROFESIONES DE RIESGO.

1. EL SÍNDROME DE BURNOUT. CONCEPTO MODELIZACIÓN Y MEDIDA

1.1.EL SÍNDROME DE BURNOUT

Herbert Freudenberger (1974), describió una serie de cambios en la conducta de personas voluntarias que trabajaban en una clínica de adicciones; habitualmente, en períodos de aproximadamente un año, estas personas presentaban una pérdida de energía que les llevaba al agotamiento, sufrían de forma progresiva de desmotivación o desinterés por la labor que desarrollaban y llegaban a presentar síntomas de depresión y ansiedad manifestando en ocasiones, conductas agresivas hacia las personas con las que trabajaban. A raíz de sus observaciones definió una patología psiquiátrica caracterizada por un “estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”; sus planteamientos fueron la base para lo que posteriormente se definiría como el síndrome de Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo.

El mundo laboral es cada vez más competitivo y el individuo intenta en muchos casos sobrevivir a las incidencias y complicaciones diarias que se le plantean. De acuerdo con Freudenberger (1974), el Burnout surge cuando se fracasa en ese intento de adaptación, debido a lo cual, la tensión se acumula hasta llegar a un agotamiento de los recursos personales, el vigor y de las capacidades de funcionamiento, siendo las personas más consagradas con el trabajo las más propensas a padecer del citado síndrome. Esta acepción, aunque sencilla comparada con la que se maneja

actualmente, es unánimemente aceptada por los investigadores que trabajan en el tema, como el punto de partida a partir del cual se desarrollan multitud de trabajos dedicados a profundizar e investigar sobre el síndrome de Burnout protagonista de este trabajo de tesis doctoral.

Si bien es cierto que el psiquiatra H. Freudenberger es de obligada referencia al establecer el inicio de la investigación sobre el síndrome de Burnout, también es de cita obligada la psicóloga C. Maslach, que retoma el cuadro clínico planteado y definido por Freudenberger y da nombre al trastorno. Esta Doctora utiliza por primera vez un término que era utilizado por los abogados cuando se producía un proceso de pérdida de responsabilidad profesional y de desinterés por los compañeros. C. Maslach definió el síndrome de Burnout como un “*estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo*” (Maslach, 1976).

Se puede decir, por tanto, que hace casi cuatro décadas que se comenzó a investigar sobre el constructo “Burnout”, habiéndose registrado un desarrollo considerable de la investigación que dicho constructo ha generado, debido a las graves repercusiones que tiene padecer el síndrome, tanto a nivel personal, para el individuo que lo desarrolla, como a nivel organizacional, es decir, su repercusión en las instituciones en las que las personas afectadas por el mismo, realizan su trabajo.

Así, se ha podido observar que de una estimación en 300 referencias o trabajos de investigación que tenían como protagonista el síndrome de Burnout en su primera década (Roberts, 1986), se pueden citar algo más

de 1000 trabajos en la segunda década de historia de este constructo (Garcés de los Fayos, Teruel y García Montalvo, 1993), mientras que en la tercera década de investigaciones sobre el síndrome, otros autores informan de 13746 artículos de investigación publicados, sólo, en las bases EMBASE, PsychINFO and Medline (Prins et al., 2007). Este crecimiento exponencial de la producción científica en este campo, parece imparable, debido al interés obvio de la temática de que se trata y hace, prácticamente imposible, realizar una estimación numérica de la totalidad de trabajos publicados en la actualidad sobre este tema.

El interés en la investigación del Burnout proviene del hecho de tratarse de un problema social antes que de una cuestión teórica (Maslach y Jackson, 1984). Como indican estas autoras, es un problema que afecta a muchas personas y cada vez afecta a más profesiones –hasta 25 campos profesionales aparecen citados ya por Silverstein (1986)-, razón por la que se hace cada vez más necesario profundizar en su estudio para reducir la prevalencia y la incidencia del mismo (Burke y Richardsen, 1991). Los datos epidemiológicos sobre el síndrome hablan de un problema de tal magnitud, que conlleva consecuencias personales y laborales tan negativas que justifican por sí mismas que el desarrollo investigador haya crecido de manera considerable en todo este tiempo, desde sus planteamientos iniciales, y que si, como indican Freudenberger (1974), Olabarría (1997), Seidman y Zager (1991), Smith, Bybee y Raish (1988), entre otros, es “contagioso”, deba seguir creciendo aún más. De hecho, desde el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Psiquiátrica de América Latina, se refieren al síndrome como la epidemia emergente del siglo XXI, aunque esta última institución, la considera, fundamentalmente, la epidemia emergente de los profesionales de la salud.

La conceptualización del Burnout ha tropezado con diversos obstáculos; en principio, la ambigüedad e imprecisión del concepto estrés (Peiró, 1993) y posteriormente la confusión en cuanto a si el síndrome era similar al estrés o surgía como consecuencia del mismo. Independientemente y añadido a las circunstancias citadas previamente, hay que citar la falta de consenso para definir, por ejemplo, estresores ocupacionales. Todo ello son dificultades a la clarificación del concepto en sus primeros veinte años de historia. Se producen, por ejemplo, situaciones en las que se defiende que el constructo cumple los criterios necesarios de validez (Meier, 1984), y otras en las que la validez del constructo es muy criticada (Moreno, Oliver y Aragonese, 1991)

Christina Maslach y su equipo de colaboradores realizaron un trabajo de investigación en la línea planteada por Freudenberg (Maslach, 1976); en su investigación, participaba una muestra de 200 profesionales de servicios sociales, entre los que se incluyeron abogados, médicos, trabajadores sociales, personal de enfermería, psicólogos y psiquiatras, entre otros. Maslach reparó en que dichos trabajadores afrontaban el estrés laboral y sus consecuencias negativas, mediante un alejamiento con la persona objeto de su trabajo, es decir, se distanciaban de las personas a las que prestaban sus servicios. Esto, obviamente, conlleva una serie de efectos perniciosos tanto para los trabajadores como para los usuarios, beneficiarios de su trabajo.

En esta primera etapa, el nuevo constructo era poco preciso pero empezó a ser muy popular; hubo quien atribuyó el Burnout a “una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito como resultado de las

condiciones de trabajo de los profesionales asistenciales” (Edelwich y Brodsky, 1980). También se habló de “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”, es decir, el Burnout se atribuía a una repetición de la presión emocional sobre la persona (Pines, Aronson y Kafry, 1981).

A pesar de todo, el constructo no adquirió el peso específico que realmente tenía y tiene hoy día, hasta que Maslach y Jackson (1981) lo plantean como un síndrome tridimensional caracterizado por “Cansancio Emocional” AE (hace referencia a las sensaciones de sobre esfuerzo físico y hastío emocional que se produce como consecuencia de las continuas interacciones que los trabajadores deben mantener entre ellos y para con los clientes), “Despersonalización” D (supone el desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios) y “baja Realización Personal” RP (conlleva la pérdida de confianza en la Realización Personal y la presencia de un negativo autoconcepto como resultado de las situaciones ingratas). Definición ésta que, en contra de lo habitual, no es teórica sino la consecuencia empírica de las investigaciones que desarrollan estas autoras (Maslach y Jackson, 1984). En estas investigaciones se genera el “Maslach Burnout Inventory” (MBI), cuestionario de valoración del grado de padecimiento del síndrome y protagonista indiscutible en toda la investigación que se ha generado sobre el síndrome de Burnout; este instrumento es la herramienta de medida más universalmente aceptada para la evaluación del síndrome, e incluso, para el establecimiento de la definición del mismo.

En esta misma época, Pines, Aronson y Kafry (1981) dan su propia definición, también basada en soporte empírico y que da lugar a su propio inventario de evaluación. Tras la mayor aceptación de los planteamientos de Maslach y Jackson, surgen diferentes definiciones y trabajos que ubican el Burnout en la línea de los planteamientos de estas autoras con ligeras variantes (Elliot y Smith, 1984; Emener, Luck y Gohs, 1982; Farber, 1984; García Izquierdo, Castellón, Alvadalejo y García, 1993; García Izquierdo y Velandrino, 1992; Garden, 1987; Greenglass, Burke y Ondrack, 1990; Leiter, 1991; Martín, 1982; Moreno et al., 1991; Nagy, 1985; Perlman y Hartman, 1982; Shinn, Rosario, March y Chestnust, 1984; Shirom, 1989; Starrin, Larsson Styrborn, 1990; Walker, 1986).

En España, en esta segunda década de estudios sobre el síndrome de Burnout, algunos autores utilizan diferentes denominaciones del mismo. Así, Gervás y Hernández (1989) lo denominaron enfermedad de Tomás por el personaje de la novela "La insoportable levedad del ser" aquejado de este trastorno; también, Vega y Pérez (1998), se refirieron al mismo concepto definido por Maslach y Jackson como síndrome de desgaste profesional, término muy popular en los numerosos estudios realizados en nuestro país.

Al poco tiempo, Mingote Adán y Pérez Corral (1999) definen el síndrome de desgaste profesional como “la consecuencia de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las demandas que requiere el trabajo con personas, produciendo un desequilibrio prolongado en el tiempo entre unas exigencias laborales excesivas y limitados recursos de afrontamiento”, acercándose nuevamente al concepto de Maslach (1976). Estos autores,

afirman que el síndrome de desgaste profesional se caracteriza por la conceptualización tridimensional acuñada por Maslach et al. (1981) de Cansancio Emocional, especialmente, acompañado de Despersonalización como alteración conductual principal y de una inadaptación al trabajo con sentimientos de baja Realización Personal con la consecuente disminución del rendimiento laboral, desmotivación y desinterés, entre otros.

Coetáneamente, Gil-Monte y Peiró (1999) proponen una definición en la que destaca la importancia del estrés percibido, el cual no tiene por qué ser igual en cada caso, si bien la respuesta individual, sobre todo si uno se ve superado por dicho estrés, desencadena una serie de acontecimientos que culminan con la aparición de las distintas dimensiones del síndrome.

Por último según todo lo analizado hasta la fecha, Maslach et al. (2001), definieron el burnout como un síndrome psicológico que aparece como respuesta a un estrés laboral crónico. Afirman que, de las tres dimensiones de dicha respuesta, el Cansancio Emocional representa la base del burnout, la Despersonalización representa la dimensión de contexto interpersonal del síndrome y la baja Realización Personal representa la dimensión de autoevaluación del burnout, refiriéndose a sentimientos de incompetencia y falta de productividad en el trabajo.

En definitiva, tras la definición de Freudenberger (1974), con su “existencia gastada”, y tras las aportaciones de Maslach y Jackson (1981) con la tridimensionalidad del síndrome: Cansancio Emocional, Despersonalización y reducida Realización Personal, o las de Pines et al. (1981), con el triple agotamiento: emocional, mental y físico, han sido

pocas las aportaciones originales a los planteamientos y definición del Burnout, girando todas en torno a estas tres.

1.2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

Se han planteado diversos modelos explicativos del Burnout, entendiendo por modelo cualquier propuesta, más o menos formal, que pueda incluir aspectos relacionados con el desarrollo y/o evolución del citado síndrome. Algunos de los modelos de más relevancia, bien teóricos o bien incluyendo propuestas estructurales complementadas por propuestas de variables antecedentes o covariantes con el Burnout, se incluyen seguidamente.

En sus inicios, Edelwich (1980) no solo definió el Burnout sino que describió cuatro fases que aparecían en este síndrome: una fase inicial de entusiasmo, caracterizada por altas expectativas profesionales poco o nada realistas; una segunda fase de estancamiento o meseta, en la que el profesional percibe que su trabajo no obtiene el resultado esperado de reconocimiento de sus superiores y/o los usuarios, la cual se acrecenta con el pesimismo de sus compañeros afectos del síndrome; la tercera fase es la denominada de frustración, en la que el profesional se cuestiona a sí mismo y su trabajo, en la que contribuyen un entorno laboral hostil en tanto en cuanto hablamos de sobrecarga laboral; y la última etapa o cuarta, denominada de apatía o indiferencia hacia el trabajo, estadio final según este autor.

Cherniss conceptualiza el Burnout en un marco de interacciones en el que las fuentes de estrés que están a su base, se relacionan con la influencia del marco laboral, las características de la persona y el cambio de actitudes de

la misma (Cherniss, 1980a, 1980b). Según este modelo, el marco laboral es un agente potencial en el que se destacan: orientación, carga de trabajo estimulación, ámbito de clientes y contactos, autonomía, estilo de dirección y supervisión, y existencia de aislamiento social. La persona cuenta con otros factores potenciadores o inhibidores del estrés: orientación profesional, apoyos de los que se dispone y demandas existentes fuera del trabajo. En consonancia con esto, la persona cambia de actitudes dando lugar a diversas posibilidades de cambio: en las metas laborales, en la responsabilidad personal de los resultados, en el idealismo/realismo ante el trabajo, en la indiferencia emocional, en la mayor o menor alienación en el trabajo o en los auto-intereses. Según sean estos cambios, las fuentes de estrés decrecerán o se incrementarán dando lugar, en este último caso, a la posible aparición del burnout. Este modelo se ha puesto a prueba, mayoritariamente en docentes (Burke, 1987; Burke, Shearer, Deszca, 1984) y policías (Burke y Greenglass, 1989, 1994).

Golembiewski y colaboradores plantean su modelo teórico a partir de la concepción de Burnout que ofrece el Maslach Burnout Inventory (Maslach et al., 1981b). Entienden que la dimensión que mejor describe y predice la aparición del síndrome es la Despersonalización, seguida de la reducida Realización Personal y, por último, el Cansancio Emocional. Dicotomizan las puntuaciones obtenidas del MBI en altas y bajas, lo que combinado con las tres subescalas citadas, en el orden indicado anteriormente, nos lleva a obtener ocho configuraciones de Burnout que denominan fases y que clasifican de la I (bajas puntuaciones de Burnout en todas las dimensiones) a la VIII (altas puntuaciones de Burnout en todas las dimensiones). Se considera Burnout leve si se puntúa en las fases I, II o III, burnout medio

al puntuar en las fases IV o V, mientras que se está ante Burnout elevado si se puntúa en las fases VI, VII u VIII.

Estos autores utilizaron cinco medidas de Burnout, las puntuaciones en cada una de las subescalas, una puntuación total para el MBI y una puntuación resultado de la asignación a una de las ocho fases; todo ello, sobre la base teórica que ofrece el MBI. Las asociaciones encontradas entre dichas medidas del síndrome con síntomas, con indicadores del lugar y características del trabajo, así como otras variables clínicas de tipo fisiológico de los participantes en la investigación, fueron todas ellas consistentes, incluso con la medida única de Burnout –bastante inusual-. Más concretamente, resaltar las asociaciones individualmente de las tres dimensiones evaluadas con el MBI y, sobre todo, con las ocho o cuatro fases en las que se clasificaba a los sujetos a partir del modelo. Mediante el índice η^2 establecen una fuerte dependencia entre síntomas presentados y fase del Burnout y mediante análisis de varianza establecen grupos de características asociadas a las diferentes fases del modelo; los porcentajes de varianza explicada iban creciendo cuando se pasaba de una fase a otra posterior de padecimiento del problema. De igual modo, establecieron relaciones entre la fase de padecimiento del problema y otras variables como niveles de ejecución y productividad. La recogida de información por parte de los autores del modelo se realizó en muestras en las que se obtuvieron resultados estables entre 1972 y 1977, los que fueron replicados y ratificados de nuevo y publicados, posteriormente, en 1988 (Golembiewski, Munzenrider y Stevenson, 1986; Golembiewski y Munzenrider, 1988).

Desde su planteamiento, este modelo se ha ido completando y sometiendo a prueba (Golembiewski, 1979; Golembiewski y Munzenrider, 1984a,

1984b; Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1993; Golembiewski et al., 1986). En él, los autores se plantean que para comprender el Burnout habría que estudiar las cogniciones que el individuo realiza ante los eventos aversivos generadores del síndrome. También, y debido a que la Despersonalización es la dimensión que más controversia genera, plantean un posible modelo con cuatro fases, donde los diferentes estados del Burnout resultan de combinar las dos categorías en las que dicotomizan las dimensiones relativas a la Realización Personal y el Cansancio Emocional.

Estamos de acuerdo con Golembiewski et al. (1986, 1988) en que las fortalezas del modelo que ellos mismos proponen son las siguientes:

- Permite distinguir entre diferentes tipos de Burnout.
- Permite identificar niveles «altos» de Burnout.
- Permite distinguir formas de inicio, evolución y salida, ancladas en las diferentes fases que establece el modelo.
- Permite establecer un punto crítico a partir del cual se puede hablar de Burnout avanzado.
- Las fases del modelo ofrecen anclajes tanto conductuales como clínicos que estructuran el constructo y permitirían establecer evaluaciones, diagnóstico e intervenciones en las diferentes fases del problema.
- Permite identificar grupos de riesgo, que pueden ser diferentes, asociados a las diferentes fases o niveles de gravedad del síndrome.

Leiter y Maslach plantean un modelo teórico diferente, que se desarrolla a partir de dos premisas: la influencia de cada una de las dimensiones del Burnout es determinante en su desarrollo y éstas mantienen distintas relaciones con las condiciones ambientales y las diferentes características individuales. Con este planteamiento, los autores realizan diferentes análisis correlacionales a partir de los cuales comprueban cómo encajan las distintas variables organizacionales que están interviniendo en el desarrollo del síndrome en su modelo (Alacacioglu, Yavuzsen, Dirioz, Oztop y Yilmaz, 2009; Leiter, 1988a, 1988b, 1989, Leiter y Maslach, 1988). En este modelo se parte del Cansancio Emocional como dimensión fundamental del Burnout, a la que seguiría según el proceso que plantea, la Despersonalización y, posteriormente, la reducida Realización Personal.

El Cansancio Emocional, por tanto, sería la dimensión que ocasionaría reducida Realización Personal, estando este proceso mediatizado por Despersonalización. Este proceso viene determinado por las interacciones que cada dimensión mantiene con los diversos componentes organizacionales: competencia, autonomía y participación en la toma de decisiones, colegiación y cooperación con el cliente. Previamente habrán existido otros componentes organizacionales que provocarían Cansancio Emocional: sobrecarga de trabajo, conflicto interpersonal. Según los autores, el Cansancio Emocional es lo que sentiría una persona con Burnout y, por tanto, la dimensión que pondría en marcha el síndrome, siendo reducida Realización Personal la que provocaría las consecuencias observables del Burnout (absentismo, rotación, abandono, entre otras), mediatizadas por Despersonalización.

Una variante de la modelización anterior del Burnout progresivo, fue defendida por Leiter (1991) quien plantea el proceso evolutivo del síndrome de forma que el Cansancio Emocional surge, efectivamente, como respuesta a los estresores de diversa índole, sobre todo, laborales, a la par que baja la Realización Personal. En este modelo, las actitudes de Despersonalización surgen al final y no median entre el Cansancio Emocional y la Realización Personal.

Lee y Ashfoth (1988, 1993) consideran a su vez, que la Despersonalización y la baja Realización Personal son consecuencia del Cansancio Emocional, pero a diferencia de los modelos anteriores, no consideran que la Realización Personal esté afectada por la Despersonalización.

En relación con los modelos expuestos hay que indicar que existen diversos aspectos que los asemejan o que consituyen un denominador común para todos ellos. En este sentido, las similitudes que se encuentran son las siguientes: (1) todos los modelos coinciden en la importancia del problema y su desarrollo crónico; (2) todos consideran como integrantes del constructo Burnout las tres dimensiones que se proponen desde los primeros trabajos de Maslach y su equipo de colaboradores, Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal; (3) los diversos modelos consideran que la influencia de cada una de estas dimensiones es crucial en el desarrollo del síndrome y su relación con las condiciones ambientales, laborales y personales, es clara, aunque diferente, según la dimensión considerada.

Las diferencias entre modelos se pueden resumir del modo siguiente: (1) No todos los modelos presentados consideran el concepto de fases o estadios de evolución o desarrollo del síndrome de Burnout así como el formato en que se podrían establecer dichas fases; (2) Cada modelo propone una dimensión desencadenante del proceso, diferente, lo que implica una secuencia temporal distinta para el inicio y desarrollo posterior del desorden, lo que incluye relaciones de dependencia entre dimensiones, diferentes, entre unos modelos y otros.

En conclusión, consideramos que la modelización más completa del constructo Burnout, la ofrecería un modelo explicativo del síndrome que incluyera, variables que anteceden a la aparición del síndrome, punto en el que se desencadena el trastorno, estructura completa del constructo, variables que covarían con el síndrome, herramienta de medida para el diagnóstico y la evaluación del síndrome; sería de desear, también, la existencia de una propuesta de clasificación en fases de un Burnout progresivo, que permitiría establecer el cuadro clínico completo de la evolución del trastorno en su desarrollo, lo que permitiría estudiar posibles estrategias preventivas del mismo, así como programas de intervención en cada una de las fases establecidas del problema.

De una revisión de la literatura sobre el tema se infiere que el modelo que más condiciones cumple de las citadas previamente, es el propuesto y desarrollado por Golembiewski y su equipo de colaboradores. Recoje la estructura tridimensional del síndrome, la existencia de variables antecedentes y covariantes con el Burnout, propone una secuencia en la evolución el trastorno y dos formas diferentes de establecer las fases o estadios de gravedad en el desarrollo del problema, según que se considere

o no, la dimensión Despersonalización. El problema y, consecuentemente, las divergencias con otros autores que trabajan en este tema, surgen en la propuesta acerca de la secuencia temporal en que se producen las dimensiones del trastorno, lo que parece ser el punto controvertido y en el que se produce la falta de consenso, en esta área de modelización del constructo Burnout.

1.3. INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DEL BURNOUT

El Tedium Measure (TM) de Pines et al. (1981) se creó inicialmente como instrumento de medida del “tedium”, constructo más amplio que el Burnout y, posteriormente, se transformó en el Burnout Measure (BM) de Pines y Aronson (1988); este cuestionario se crea con 21 ítems en una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos, que permite evaluar niveles de agotamiento físico, emocional y mental y con indicadores de consistencia interna entre 0,66 y 0,89 en su formato inicial. El Staff Burnout Scale (SBS) de Jones (1980) es un cuestionario constituido en su versión final por 30 ítems, 20 de Burnout y 10 de deseabilidad social, en una escala Likert de 6 puntos, con la que se propone evaluar cuatro dimensiones, Burnout cognitivo, afectivo, psico-fisiológico y conductual con índices de consistencia interna de 0,73; 0,50; 0,59 y 0,44, respectivamente.

El Maslach Burnout Inventory (MBI) fue creado originariamente para analizar el sector servicios, y generalizado posteriormente, en primer lugar, al campo de la enseñanza y a finales de la década de los 90, a otros campos profesionales. La primera versión del MBI (Maslach y Jackson, 1981) contenía 47 elementos que se valoraban en dos continuos de medida,

frecuencia e intensidad de los sentimientos. Esta versión fue aplicada a 605 profesionales de servicios humanos, de cuyas respuestas se obtuvieron los 25 ítems que cumplían mejores propiedades psicométricas. Este segundo instrumento se aplicó a una muestra de 420 profesionales con resultados tan similares a los primeros, que las autoras de la prueba consideraron oportuno unir ambas muestras de forma que obtuvieron cuatro factores principales o dimensiones. Es decir, en su primera versión, el MBI estaba conformado de tal forma que analizaba cuatro dimensiones (Maslach y Jackson, 1981a), las tres ya citadas previamente en este trabajo y una cuarta denominada “Implicación con el trabajo”, que se eliminó posteriormente, en su versión de 1986 (Maslach y Jackson, 1986). La relación entre las puntuaciones relativas a frecuencia e intensidad de los sentimientos era tan alta, que las autoras decidieron utilizar a partir de ese momento, sólo, el continuo frecuencia de sentimientos.

Más tarde y ante la necesidad de estudiar otros colectivos profesionales, se elaboraron versiones específicas del MBI: el MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey) dirigido a personal sanitario (Maslach, Jackson y Leiter, 1996); el MBI-ES (Maslach Burnout Inventory-Educators Survey) dirigido a docentes (Schwab, 1986); y el MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) enfocado más al trabajo propiamente dicho que a las relaciones de los trabajadores (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996).

Los análisis de fiabilidad, en términos de consistencia interna del cuestionario, informados por las autoras del MBI varían ligeramente según la versión de que se trate. Así, en la muestra inicial de 1316 casos, se obtuvieron índices de 0,90 en CE, 0,79 en D y 0,71 en RP. En una

aplicación a graduados universitarios en servicios sociales, los índices de fiabilidad obtenidos fueron de 0,82 en CE, 0,60 en D y 0,80 en RP. En la versión para profesores se obtuvieron índices de 0,60 en CE, 0,54 en D y 0,57 en RP. Todos estos valores eran significativamente distintos de 0 (N.C. 1%), pero, claramente, eran valores moderados de fiabilidad (Seisdedos, 1997).

A partir de estos primeros cuestionarios, al mismo tiempo que se desarrolla y amplía la investigación sobre el constructo Burnout, se crean nuevos instrumentos, entre los que se encuentran los siguientes:

- El Emener-Luck Burnout Scale (ELBOS) fue realizado por Emener y Luck (1980); es una traducción al francés del MBI, cuya validación se realizó con datos obtenidos a partir de 260 educadoras de guardería y 163 enfermeras. Los indicadores psicométricos de la prueba que informan los autores de la misma son buenos.
- El Gillespie-Numerof Burnout Inventory (GNBI) de Gillespie y Numerof (1984) es un cuestionario que hace referencia a sentimientos respecto al trabajo y que se validó a partir de los datos de 154 religiosos que trabajaban en un servicio de salud. El instrumento diferencia entre dos tipos de Burnout, activo y pasivo.
- El Burnout Scale (BS) de Kremer y Hofman (1985) surgió como consecuencia de una investigación sobre el tema de estos autores. Tan solo eran cinco ítems añadidos a un instrumento que evaluaba

otras cuestiones del que los autores no analizan estructura – dimensionalidad- e informan una baja fiabilidad.

- El Teacher Burnout Scale (TBS) fue propuesto por Seidman y Zager (1986) para profesores, el mismo año que Maslach y Jackson (1986) proponen también la versión anteriormente mencionada del MBI para este colectivo profesional. Quedó constituido en su versión final con 21 ítems (de un total inicial de 65), y en el análisis de su estructura, sus autores encontraron cuatro dimensiones, tres de las cuales correlacionaban fuerte con las tres dimensiones del MBI y una cuarta relativa a la percepción de apoyo por parte de los supervisores, que no correlacionaba con ninguna dimensión del inventario para docentes de Maslach. La consistencia interna del instrumento quedó informada como aceptable, oscilando entre 0,72 y 0,89 entre dimensiones.
- El Energy Depletion Index (EDI) de Garden (1987) es una escala para valorar la «deplección de la energía», que es una única dimensión, similar a lo que la autora etiqueta como la dimensión más fuerte del Burnout, el Cansancio Emocional. La escala la componen sólo cuatro ítems que tienen una consistencia interna de 0,82.
- El Matthews Burnout Scale for Employees (MBSE) de Matthews (1990) es un autoinforme que considera el Burnout unidimensional. Contiene cincuenta ítems con una consistencia interna de 0,93. Los contenidos de los elementos de esta escala están relacionados con

la valoración de varias características, actitudes hacia el trabajo, locus de control, habilidades de afrontamiento y temperamento, entre otras.

- La Escala de Variables Predictoras de Burnout (EVPB) de Aveni y Albani (1992) no es un inventario propiamente dicho. Surge de un modelo en el que las variables predictoras del Burnout están muy relacionadas con los constructos de ansiedad y depresión; los autores administran a los participantes en su investigación un test de ansiedad y uno de depresión, de forma que de los resultados obtenidos obtienen un listado de características de los sujetos a partir de su relación con los tests citados, de donde se obtiene el listado de variables predictoras del Burnout.
- La Escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB) de García Izquierdo (1990) es un instrumento que sólo mide una dimensión que estaría relacionada con el Cansancio Emocional. Está constituido por 12 elementos con una consistencia de 0,90.
- El Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP) de Moreno y Oliver (1993) son dieciseis ítems unidimensionales y surge ante el planteamiento de estos autores de la necesidad de mejorar la escala de Despersonalización.
- El Holland Burnout Assessment Survey (HBAS) de Holland y Michael (1993) es un cuestionario de dieciocho ítems con escala tipo Likert de cinco puntos. Está dirigido a profesores y presenta una consistencia interna adecuada, con valores cercanos a 0,80 en

dos de sus dimensiones (percepción positiva y compromiso con la enseñanza) y valores de consistencia interna menos adecuados, cercanos a 0,60 en las dos restantes (apoyo de supervisores y conocimiento del Burnout). Contempla, pues, cuatro dimensiones y se analizó comparándola con la versión para docentes del MBI.

- El Rome Burnout Inventory (RBI) de Ventura, Rizzo y Dell'Erba, combina un bloque de variables sociodemográficas, uno de Cansancio Emocional y físico, uno sobre percepción del apoyo social, un cuarto que mide estresores laborales y no laborales, un quinto sobre insatisfacción del individuo y un sexto sobre el estado de salud del encuestado.
- La Escala de Burnout de Directores de Colegios de Friedman (1995), está dirigida a este colectivo profesional. Es un cuestionario con 22 ítems con una estructura tridimensional (agotamiento, reserva y desprecio), que permite asignar una puntuación por dimensión, además de dar una puntuación total a los sujetos. Los valores de consistencia interna de la prueba son 0,98, 0,82 y 0,97, con un alfa para el total de la escala de 0,92.
- El Copenhagen Burnout Inventory de Kristensen, Borritz, Villadsen y Christensen (2005), compuesto por tres escalas independientes que miden diferentes dominios del Burnout: personal, relacionado con el trabajo y con la relación con el cliente.
- El Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en Profesionales de la Salud (CESQT PS), de Pedro

Gil Monte (2005). Está formado por 20 ítems que se valoran en un formato de respuesta de frecuencia de cinco puntos –frecuencia con la que la persona experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems del cuestionario-. Contiene cuatro subescalas, Ilusión por el trabajo, Desgaste Psíquico, Indolencia y Culpa, las tres primeras con puntuación individual y contribuyentes a la puntuación total a obtener en el test y la cuarta para identificar entre dos perfiles diferentes del Síndrome de Quemado por el Trabajo, los que presentan y los que no presentan niveles altos de culpa. El autor informa de adecuados indicadores psicométricos y valores alfa de Cronbach que oscilan entre 0,68 y 0,84.

A pesar de la existencia de numerosos instrumentos que pretenden medir Burnout, de una u otra forma, es el Maslach, Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1981), el que ha sido utilizado de forma casi unánime, bien como instrumento de medida del Burnout o bien como modelo para la validación del resto de instrumentos que han pretendido medir dicho constructo. Esto hace pensar en un apoyo de la mayoría de investigaciones a los planteamientos de estas autoras del mismo.

El MBI adaptado a población española, es un inventario de 22 ítems en los que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre sus sentimientos y pensamientos en relación a diversos aspectos de su interacción continua con el trabajo y su desempeño habitual. El sujeto responde en una escala de frecuencias, aunque en la versión original se le pedía cumplimentar una segunda vez en una escala de intensidad. Se divide en tres subescalas que miden las tres dimensiones que configuran el constructo Burnout según sus autoras. En lo que se refiere a la fiabilidad, las autoras encuentran valores

de 0,87 –escala de AE-, 0,76 –escala de RP- y 0,73 – para la D-, y estos valores pasan a ser de 0,90; 0,71 y 0,79 para las tres subescalas en la versión de 1986. La consistencia interna en la adaptación española del MBI fueron de 0,58 para CE de 0,36 para la subescala de D y 0,45 en la RP.

Como ejemplo de la diversidad de trabajos que tienen como protagonista este instrumento en sí mismo, diremos que en algunos de ellos se defiende su validez convergente (Maslach, 1976, 1978). En otros trabajos se afirma su validez discriminante (Best, Stapleton y Downey, 2005; Maslach y Jackson, 1979; Roelofs, Verbrakk, Keijsers, De Bruin y Schmidt, 2005). Otras investigaciones, en sus conclusiones, discuten su dimensionalidad o redistribuyen los ítems en dimensiones diferentes (Burke y Richardsen, 1991; Gold, Roth, Wright, Michael y Chen, 1992; Taris, Le Blanc, Schaufeli y Scheurs, 2005). En algunos trabajos se defiende su tridimensionalidad (Byrne, 1994; Gil-Monte, 2002; Golembiewski, Boudreau, Goto y Murati, 1993; Kitaoka-Higashiguchi et al., 2004; Leiter, 1991a, b; Maslach y Jackson, 1984; Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002). Otros, sólo establecen su fiabilidad y validez adecuadas pero no profundizan en el estudio de su estructura (Cherniss, 1992).

De todo lo expuesto anteriormente, se puede decir que: a) numerosas investigaciones apoyan la fiabilidad, validez y estructura factorial del MBI; b) existen trabajos que apoyan que dicha estructura no es correcta; c) parece ser que el “Cansancio Emocional” es el factor más consistente en el instrumento lo que condiciona la importancia relativa de los factores.

También hemos encontrado trabajos que señalan la insuficiencia estadística de algunos de los factores considerados, sin que ello impida que estos autores estén convencidos de la bondad del inventario pues afirman que es el mejor instrumento para la evaluación del síndrome (Moreno et al., 1991) e incluso construyen un complemento al mismo (Moreno y Oliver, 1993). Por otra parte, García Izquierdo y Velandrino (1992), García Izquierdo et al. (1993) plantean dudas sobre dos de las tres dimensiones estudiadas, y García Izquierdo, Llor y Sáez, (1994) sobre una de ellas.

En general, los críticos de la dimensionalidad concluyen: a) apoyan la dimensión de Cansancio Emocional; b) destacan la falta de independencia de la dimensión Despersonalización; c) no suelen encontrar el factor “Reducida Realización Personal”; d) casi todos defienden la insuficiencia Estadística de alguna de estas dimensiones.

1.4. FACTORES DE RIESGO DE PADECIMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Cualquier enfermedad, trastorno o patología no está exenta de tener factores de riesgo que contribuyen a su padecimiento, la aparición de complicaciones y a mejorar o empeorar el pronóstico de la misma. El síndrome de Burnout no es una excepción, pues la gran cantidad de dichos factores ha obligado con el paso del tiempo a clasificarlos en función de si tenemos en cuenta al individuo en sus múltiples formas o a su entorno laboral con las vicisitudes propias de cada ámbito.

De acuerdo con Nagy et al. (1992) y Sandoval (1993) podemos considerar tres categorías de variables que anteceden a la ocurrencia del Burnout,

intrapersonales –propias del individuo y que se refieren a aspectos de personalidad, sentimientos, pensamientos, emociones, actitudes, etc.-, profesionales u organizacionales –intrínsecas a la organización que pueden generar situaciones aversivas o jugar un papel importante en la interacción continua del trabajador y el puesto de trabajo-, e interpersonales o ambientales –variables no relacionadas con el contexto laboral y sí con otros ámbitos como familia, amigos, estilos de vida, etc.-.

Existe mucha polémica en este punto, pues hay autores que defienden que el Burnout es más consecuencia de la situación laboral que de las variables de personalidad (Bakker, Le Blanc, Schaufeli, 2005; LeCroy, Rank, 1986; Maslach, 1978), mientras que Smith et al. (1986), hablan de características situacionales y de personalidad, Garden (1989) no niega la importancia de las variables organizacionales, pero insiste en las de personalidad, que las considera filtro para que, en segundo término, se puedan clasificar las otras. Moreno y Oliver (1993) defienden que los factores personales son menos importantes que los organizacionales, que se muestran como causa principal del problema, en la misma línea que lo plantean otros autores (Olabarria, 1995; Pedrabissi, Rolland, Santinello, 1994). La mayoría de los estudios se plantean desde una perspectiva organizacional, sin embargo, consideramos que puede ser razonable el abordaje del tema, desde una posición en la que se encuentren más equilibradas en cuanto a su influencia sobre el síndrome, todos los tipos de variables que, claramente, han quedado establecidos como relacionados con el mismo.

Si bien lo anterior es cierto, también lo es que no todas las variables asociadas al Burnout tienen la misma capacidad predictora del síndrome (Maslach y Jackson, 1984); seguidamente se incluye una pequeña revisión

de las mismas en la que se incluyen algunas de las variables predictoras de Burnout más estudiadas, junto a algunos de los autores que las utilizan.

Incluidos en los llamados factores de riesgo internos encontraríamos las variables intrapersonales, las que abarcan a todos aquellos aspectos de tipo sociodemográfico que han sido establecidos como relacionados con el síndrome y las que se refieren a aspectos psicológicos -psicopatologías y características de personalidad- identificadas en la literatura existente sobre el tema como covariantes del síndrome de Burnout en sujetos que lo padecen.

Entre las variables sociodemográficas se encuentran las siguientes: **Sexo** (Atance, 1997; Bekker, Croon y Bressers, 2005; De la Fuente, García, Ortega y De la Fuente, 1994; Gil, Peiró y Valcárcel, 1996; Kushnir y Melamed, 1992; Leiter, Clark y Durup, 1994; Lozano y Montalban, 1999; Muñoz, Gómez, García, Bono y Pérez, 2001), **Edad** (De la Fuente, García, Ortega y De la Fuente, 1994; Greenglass, Burke y Ondrack, 1990), **Estado civil** (Tello, Tolmos, Váñez y Vázquez, 2002), **Antigüedad en el trabajo** (Albar et al., 2004; Hillhouse y Adler, 1997; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001), **Categoría profesional** (Amutio Kareaga, Ayestaran Exeberria y Smith, 2008; Bernardi, Catania y Marceca, 2005) **Número de hijos** (Albar et al., 2004; Maslach y Jackson, 1985).

Entre las variables que aluden a los características de personalidad y posibles psicopatologías, se encuentran: **Locus de Control Externo** (Álvarez, Hinojosa, Arriaga, Carrillo y Pernia, 2003; Fuqua y Couture, 1986; Gebhardt y Brosschot, 2005; Wilson y Chiwakata, 1989), **Autoconfianza/autoestima** (Bakker y Heuven, 2006; Cebriá et al., 2001; Gelsema, Van der Doef, Maes, Akerboom y Verhoeven, 2005; Lang y Lee,

2005; Raghuram y Wiesenfeld, 2004; Zellars, Perrewe y Hochwarter, 2000), **Ansiedad y depresión** (Aluja, 1997; Bennett, Lowe, Matthews, Dourali y Tattersall, 2001; Brenninkmeyer, Van Yperen y Buunk, 2001; Cebriá et al., 2001; Pérez et al., 2001; Hätinen, Kinnunen, Pekkonen y Aro, 2004; Pines y Guendelman, 1995), **Estrategias de afrontamiento** (Bennett, Lowe, Matthews, Dourali y Tattersall, 2001; Carauna, 1989; Escribá y Bernabé, 2002; Guerrero, 2001), **Indefensión aprendida** (Ensedel y Tully, 1981), **Interés social** (Smith, Watstein y Wuehler, 1986), **Personalidad resistente** (Boyle, Grap, Younger y Thornby, 1991; Papadatou, Anagnostopoulos y Monos, 1994), **Demandas emocionales** (Garden, 1989), **Estrategias de afrontamiento inadecuadas** (Leiter, 1991; Greenglass, Burke et al., 1990; Seidman y Zager, 1991), **Autoeficacia** (Leiter, 1992; Gil et al., 1996), **Patrón de personalidad o conducta tipo A** (Álvarez, Hinojosa, Arriaga, Carrillo y Pernia, 2003; Hallberg, Johansson y Schaufeli, 2007; Papadatou et al., 1994), **Autoconcepto** (Friedman y Farber, 1992) y **Expectativas personales** (Cordes y Dougherty, 1993).

Por otra parte, entre los factores de riesgo externos, donde se incide especialmente en los aspectos laborales y entre los más destacados tenemos el ambiente de trabajo, las condiciones del mismo y, cómo no, la sobrecarga laboral. Entre las variables relativas al ambiente de trabajo, se encuentran: **Clima laboral** (Albadalejo et al., 2004; Flórez, 1994; Gelsema, Van der Doef, Maes, Akerboom y Verhoeven, 2005; Nebot et al., 1995; Stordeurs, D'Hoore y the Next Study Group, 2007; Sundin, Hochwälder, Bildt y Lisspers, 2006), **Bienestar laboral** (Albadalejo et al., 2004; Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosweld y Van Dierendock, 2000; Flórez, 1994; Gil-Monte, 2001; Nebot et al., 1995), **Satisfacción laboral** (Demerouti, E.,

Bakker, A.B., Nachreiner, F. y Schaufeli, 2000; Dormann, 2001; Fillion, Tremblay, Truchon, Côté, Struthers y Dupuis, 2007; Greenglass et al., 1991; Lee y Ashforth, 1993b; Manojlovich, 2005), **Apoyo social** (Albar et al., 2004; Álvarez, Hinojosa, Arriaga, Carrillo y Pernia, 2003; Cohen y Ashby, 1985; Cordes et al., 1993; Eastburg, Williamson, Gorsuch y Ridley, 1994; Folkman y Lazarus, 1985; Freedy y Hobfoll, 1994; Gil-Monte y Peiró, 1996; Iverson, Olekaslns y Erwin, 1998; Koniarek y Durek, 1996; Beehr, Farmer, Glazer, Gudanowski y Vandan, 2003), **Relaciones interpersonales** (Friesen y Sarros, 1989; Sarros, 1988a; Sarros, 1988b), Actitudes de Familiares y Amigos (Friesen et al., 1989; Sarros, 1988a; Sarros, 1988b), **Satisfacción Vital** (Lee y Ashforth, 1993a; Lee et al., 1993b), **Exigencias vitales** (Golembiewski y Munzenrider, 1988), **Problemas familiares** (Leiter, 1991b; Leiter, 1992), **Recursos de afrontamiento familiares** (Leiter, 1991c), **Cultura** (Pines y Guendelman, 1995), **Relaciones con los compañeros** (Sandoval, 1993).

En particular, en lo que concierne a la sobrecarga laboral, resultan de especial relevancia las variables que citan seguidamente: **Número de horas de trabajo** (Amutio Kareaga, Ayestaran Exeberria y Smith, 2008; Greenglass, Burke y Moore, 2003; Gil-Monte y Peiró, 1997), **Número de pacientes atendidos** (Álvarez et al., 2003; Amutio, Ayestaran y Smith, 2008; Zuger, 2004; Biaggi, Peter y Ulich, 2003; Carauna, 1989; Escribá y Bernabé, 2002; Greenglass, Burke y Moore, 2003; Guerrero, 2001). **Exigencias del trabajo** (Ayuso y López, 1993; Burke y Greenglass, 1994; Cordes et al., 1993; Deschamps Perdomo, Olivares Román, De la Rosa Zabala y Asunsolo del Barco, 2011; Marion da Silva, Colomé Beck, Bosi de Souza Magnago, Sampaio Carmagnani, Petri Tavares y Cassol Prestes, 2011; Papadatou et al., 1994; Sandoval, 1993).

Por último, con respecto a las condiciones de trabajo se encuentran variables que, claramente, están relacionadas con el síndrome de Burnout, entre las que se encuentran: **Tipo de contrato** (Álvarez, Hinojosa, Arriaga, Carrillo y Pernia, 2003; Gil-Monte y Peiró, 1997), **Grado de autonomía en el Trabajo** (Álvarez et al., 2003; González et al., 1998; Lee et al., 1993b; McGrath, Reid y Boore, 2003), **Tipo de servicio** (Albadalejo et al., 2004; Gil-Monte y Peiró, 1997), **Conflicto y Ambigüedad de rol** (Gil-Monte, 2001; Gil-Monte et al., 1996; Gil-Monte y Peiró, 1998; Potter, 2006). **Dinámica negativa de trabajo** (Ursprung, 1986), **Inadecuación profesional** (Ayuso et al., 1993), **Realización en el Trabajo** (Lee et al., 1993b), **Participación en la toma de decisiones** (Ayuso et al., 1993), **Apoyo organizacional** (Ayuso et al., 1993; Burke et al., 1994), **Expectativas en el trabajo** (Biaggi et al., 2003; Cordes et al., 1993, Merín, Cano, y Miguel, 1995), **Rigidez organizacional** (Friedman, 1991) y **Compromiso con el trabajo** (Miller, Birkholt, Scott y Stage, 1995).

De todas las variables relacionadas con el Burnout, y a las que nos hemos referido en párrafos anteriores, son las organizacionales las más analizadas en relación con el síndrome, asumiéndose en algún sentido que son las más importantes. También las variables intrapersonales han sido objeto de estudio y las investigaciones que hacen referencia a ellas se han centrado, sobre todo, en algunas características de personalidad. En lo que se refiere a las variables ambientales, son las que han sido objeto de menos estudios, aunque parece ser que también pueden ser potencialmente generadoras de Burnout.

1.5. GRUPOS PROFESIONALES AFECTADOS POR EL SÍNDROME DE BURNOUT. EL GRUPO DE PROFESIONALES SANITARIOS

El Burnout afecta cada vez a más profesiones en todo el mundo (Gil y Moreno, 2007), ya que el hecho de sentirse “quemado” no es algo exclusivo de un ámbito laboral concreto, sino que afecta en gran medida a profesionales de diversos entornos. A pesar de ello hay profesiones que son especialmente susceptibles y que suelen ser objeto de su análisis habitualmente.

Usualmente hay claras evidencias de Burnout en **profesores** que van desde la escuela elemental a la propia universidad (Batista, Carlotto, Coutinho y Giraldo da Silva Augusto, 2010; Correa-Correa, Muñoz-Zambrano y Chaparro, 2010; Gil-Monte, Carlotto y Gonçalves Camara, 2011; Gamarra y Ferrer Puig, 2009), **policías** (De Mesquita Silveira et al., 2005), **militares** (Afonso y Gomes, 2009; López-Araújo, Osca-Segovia y Rodríguez Muñoz, 2008), **bomberos / rescatadores** (Argentero y Setti, 2011; Prati, Pietrantoni y Cicognani, 2010), **deportistas de alto rendimiento** (Matos Nuno, Winsley Richard y Williams Craig, 2011) **fisioterapeutas** (Serrano Gisbert, Garcés de los Fayos Ruiz y Hidalgo Montesinos, 2008), **trabajadores sociales** (Chiller y Crisp Beth, 2012; Kim, Ji y Kao, 2011), **terapeutas ocupacionales** (Poulsen, Khan, Meredith, Henderson y Castrisos, 2012), **odontólogos** (Albanesi de Nasetta, Tifner y Nasetta, 2006), **controladores aéreos** (Martinussen y Richardsen, 2003), **médicos de diversas especialidades** (Castañeda Aguilera y García de Alba García, 2010; Tejada y Gómez, 2009; Valentín Vega, Sanabria, Domínguez, Osorio, Ojeda y Bejarano, 2009), **nutricionistas** (Gingras, De Jonge y

Purdy, 2010), **veterinarios** (Platt, Hawton, Simkin, Mellanby, 2012) **personal de enfermería** (Albaladejo, Villanueva, Ortega, Astasio, Calle y Domínguez, 2004; Deschamps Perdomo et al., 2011; Díaz Echenique, Stimolo y Caro, 2010; Marion da Silva et al., 2011; Melita Rodríguez, Cruz Pedreros y Merino, 2008) y/o **teleasistencia** (Farquharson, Allan, Johnston, Johnston, Choudhary y Jones, 2012), entre otras.

De acuerdo con Ortega Ruiz y López Rios (2004), los profesionales sanitarios se enfrentan en el día a día, a tareas que suponen una alta implicación emocional. Se enfrentan al dolor de pacientes y/o familiares de sus pacientes; establecen relaciones de ayuda con los beneficiarios de su trabajo que tienen connotaciones negativas, tanto si se da un control inadecuado de las mismas por exceso (sobre implicación), como si lo es por defecto; se genera una frustración si el objetivo para el que fueron formados, curar al paciente, no se produce. Lo anterior, unido a la cantidad de pacientes a los que tienen que atender, el tiempo que tienen para dedicarles, los horarios irregulares a los que se enfrentan, así como problemas de “relación ingrata”, en ocasiones, con el equipo del que forman parte, hacen que, muy probablemente, sean uno de los colectivos más perjudicados por el síndrome de Burnout.

1.6. EL PERSONAL SANITARIO Y EL SÍNDROME DE BURNOUT A NIVEL INTERNACIONAL. EL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA

El Burnout, como ya se ha comentado, se desarrolla en multitud de profesiones si bien es cierto que en el caso de los profesionales de la Salud hay una cierta vulnerabilidad inherente a ciertos aspectos del entorno laboral tales como: frustración de no poder curar; proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender; escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, la de los pacientes o familiares; horarios de trabajo irregulares debido a la realización de turnos; conflicto de rol y ambigüedad de rol (Ortega Ruiz y López Rios, 2004).

El sujeto afecto de Burnout que trabaja en el ámbito de la Salud tiene un perfil que encaja con el de un profesional con experiencia laboral que, sin embargo, percibe un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial, todo ello ligado a un alto nivel de insatisfacción laboral, una de las variables predictoras del Burnout del contexto organizacional por excelencia (Albadalejo et al., 2004; Demerouti et al., 2000; Díaz Echenique et al., 2010; Dormann, 2001; Fillion et al., 2007; Greenglass et al., 1991; Lee et al., 1993b; Manojlovich, 2005).

La organización en el trabajo es indispensable para desarrollar cualquier actividad asistencial de calidad. Obviamente, el hecho de que el personal sanitario, en general, y el de enfermería, en particular, desarrolle su actividad laboral las 24 horas de los 365 días del año, no puede pasar inadvertido; sobre todo por el hecho de dejar una huella que no dejan otro tipo de trabajos. La cantidad de recursos (Melita Rodríguez et al., 2008), la

nocturnidad (Marion da Silva et al., 2011; Deschamps Perdomo et al., 2011), la sobrecarga laboral (Córdoba, Tamayo, González, Martínez, Rosales y Helena, 2011; Gómez Sánchez et al., 2009), el apoyo social brindado por los compañeros y familiares (Albar Marín, García-Ramírez, 2005), y, en definitiva, la presión que se genera en el trabajo como consecuencia de las características de éste (Albar Marín et al., 2005; Griep, Rotenberg, Landsbergis y Vasconcellos-Silva, 2011; Lorenz, Benatti y Sabino, 2010; Paschoalini, Martins Oliveira, Cândida Frigério, Ribeiro Pereira Dias y Heloísa dos Santos, 2008), son aspectos que indiscutiblemente son determinantes para la aparición del síndrome y tienen un efecto demoledor en el sujeto que lo padece, hasta el punto de plantearse la jubilación en cuanto que pueden permitírsele (Henkens y Leenders, 2008).

España no es una excepción en relación con lo que ocurre en el contexto internacional y, salvo ciertos aspectos laborales, en tanto en cuanto hablamos de competencias y en la forma en que se promociona dentro de la profesión de enfermería, no hay diferencias substanciales que hagan menos susceptible a este colectivo profesional, en nuestro país, con respecto a otros países. De hecho, en otros países existen modelos que permiten una mayor proyección laboral, lo que no ocurre en nuestro país y que constituye un elemento más, entre otros, a tener en cuenta de cara al estudio de este síndrome y una intervención eficaz con estos profesionales.

Ortega, y López Ríos (2004) presentan una revisión teórica sobre diferentes aspectos del síndrome de Burnout, en la que ponen de manifiesto que en España la mayoría de investigaciones se desarrollan en la población de profesiones vinculadas con el ámbito de la salud en general

y del personal sanitario en particular. El análisis de ésta y otras revisiones pone de manifiesto que la mayoría de los trabajos se han centrado en la descripción de los niveles de estrés que padecen colectivos profesionales, en diferentes organizaciones laborales y distintos países; sin embargo, se echan en falta trabajos que profundicen sobre las variables relacionadas con el desarrollo del Burnout (existe gran desagregación entre los resultados) y trabajos relacionados con el estudio de la evolución del Síndrome. El interés de este tipo de estudios es indiscutible, para conseguir avanzar en los objetivos clave en este ámbito: identificar cualquier aspecto que permita dar pasos adelante en la batalla, desde el punto de vista del diagnóstico, evaluación o intervención, del Síndrome de Burnout, en cualesquiera de las profesiones afectadas por el síndrome.

CAPITULO 2.
JUSTIFICACION DEL TRABAJO

2.1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Como se ha visto, no existe una única y clara definición aceptada del síndrome de Burnout, sino que más bien se puede hablar de diferentes formas de acercarse al establecimiento del concepto Burnout a partir de diferentes opiniones que se fundamentan en los estudios desarrollados por distintos equipos de investigación con una larga experiencia investigadora en este campo. En lo que si existe consenso internacional y atemporal es en la consideración el síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral crónico con consecuencias negativas para el individuo y para la institución en la que éste trabaja (Mingote, Moreno y Gálvez, 2004).

Ya se ha insistido en el capítulo anterior en que el interés de investigaciones que profundicen en el estudio del desarrollo del síndrome de Burnout radica en el hecho de tratarse de un problema social, muy extendido y con amplias y muy graves consecuencias para las personas que lo padecen y las Instituciones en las que éstas desarrollan su trabajo, más que por cuestiones de tipo teórico (Maslach et al., 1984). De acuerdo con estas autoras es un problema sobre el que la sociedad necesita saber más detalles, con el objetivo único de reducir la incidencia y la prevalencia del mismo (Gil y Moreno, 2007).

Los datos epidemiológicos sobre el síndrome hablan de un problema de tal magnitud que puede ser etiquetado como epidemia emergente lo que hoy ratifica el carácter “contagioso” del trastorno, informado por los investigadores más destacados y que impulsaron su estudio hace casi cuatro décadas. (Freduenberger, 1974; Olabarria, 1995; Seidman y Zager, 1991; Smith, Bybee y Raish, 1988).

En el ámbito sanitario a nivel internacional, los estudios más recientes avalan la peor calidad de vida en estos profesionales desde que empiezan a estudiar (Aragón Paredes, Morazán Pereira y Pérez Montiel, 2007; Chang y Eddins-Folensbee, 2012) y, sobre todo, parece ser que es el colectivo enfermero el grupo de más riesgo de entre estos profesionales sanitarios (Kheiraoui, Gualano, Mannocci, Boccia y La Torre, 2012). Este grupo de riesgo está sometido a tasas muy altas de estrés (Albar Marín et al., 2005; Griep et al., 2011; Lorenz et al., 2010; Paschoalini et al., 2008) y niveles importantes de depresión, entre otros motivos, por la sobrecarga laboral a la que están sometidos (Gao et al., 2012).

En los países de habla hispana, los indicadores de prevalencia varían en función del trabajo consultado, así, en algunos estudios recientes se informa de valores más elevados, alrededor del 30% de los profesionales consultados y, otros, mucho más bajos, del orden del 11,4%, y, todos ellos apuntan a que los valores más altos de prevalencia del Burnout se encuentran en España y Argentina y los profesionales que más lo padecen son los médicos y el personal de enfermería (Albaladejo et al., 2004; Aragón Paredes et al., 2007; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009; Ordenes, 2004), no obstante está presente en todos los colectivos de profesionales sanitarios (Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero, 2001), tanto en Atención Primaria (Cebriá et al., 2001; Molina, García, Alonso y Cecilia (2003) como en Atención Especializada (Pera y Serra-Prat, 2002; Ramos, Castro y Fernández Valladares, 1999).

De todo lo indicado anteriormente se infiere que, no sólo está justificado sino que resulta necesario que se realicen investigaciones con el objetivo

de profundizar en el estudio del síndrome de Burnout en estos colectivos, de forma que, en la medida de lo posible, esta información permita en el futuro minimizar los efectos que el trastorno produce en los trabajadores, así como en la mejora de las condiciones laborales de los mismos que permitan prevenir su aparición (Albadalejo et al., 2004; Fillion et al., 2007; Amutio Kareaga et al., 2008; Álvarez et al., 2003; Deschamps Perdomo et al., 2011).

El Burnout se puede considerar, pues, un problema de Salud Pública en auge que no sólo repercute en la salud de los profesionales de la sanidad sino también en la calidad asistencial que éstos prestan, deteriorando la relación con los usuarios y suponiendo un alto coste socio-económico para las Instituciones.

Otro aspecto diferente a la propia salud de los trabajadores, que cabe citar por su importancia y abunda en la necesidad de investigaciones en este ámbito, son las relaciones encontradas entre los niveles de Burnout y variables relativas a la calidad asistencial. En investigaciones recientes se encuentran resultados contradictorios que, no siempre permiten hablar de causalidad, pero que sí permiten establecer, al menos, asociación entre el nivel de Burnout y el incremento del absentismo por enfermedad e incremento de las bajas laborales en distintos colectivos (De Dios del Valle y Franco Vidal, 2007; Hermoso de Mendoza Urrizola, 2004; Herruzo Cabrera y Moriana Elvira, 2004; Martínez León, Rosat Velasco, Martínez León, Martínez Fernández y Queipo Burón, 2008; Sherring y Knight, 2009).

Todo lo anteriormente expuesto en este trabajo de tesis doctoral apoya la etiqueta de epidemia que algunas Instituciones sanitarias internacionales ya han utilizado, apoyado por una parte de los investigadores en este ámbito (Randall Curtis y Puntillo, 2007; Rosales Ricardo y Cobos Valdes, 2011).

Por último, si nos ubicamos en el contexto de la prevención de riesgos laborales y de cara a una detección precoz (Herruzo Cabrera y Moriana Elvira, 2004) y a plantear estrategias encaminadas a una intervención eficaz para mejorar las condiciones del entorno laboral, debemos pensar en el interés de estudios en profundidad que incluyan intervenciones pertinentes y adecuadas al problema (Cristina Marrau, 2009). Todos los colectivos –docentes, sanitarios, etc.- sufren en sus respectivos trabajos problemas de diversa índole que son en sí mismo factores de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout; algunos de ellos se repiten de unas profesiones a otras, otros son inherentes a un tipo de profesionales (De Pablo Hernández, 2007; Pérez Soriano, 2009), siendo el estrés al que se ven sometidos los trabajadores, el punto de inicio y común a todos ellos (Albar Marín et al., 2005; Griep et al., 2011; Lorenz et al., 2010; Paschoalini et al., 2008). Sabido y aceptado este punto, es imperativo plantearse la necesidad de trabajos que aclaren los resultados no unánimes que existen en este ámbito, lo que permitiría llegar a intervenciones enfocadas en los factores de riesgos como medida preventiva, atajando así el problema en sus inicios en las dimensiones individual, social y organizacional (Rubio Jiménez y Guerrero, 2005).

Sería de desear que se conozcan y recomienden medidas que alivien la sobrecarga laboral (Miró Morales, Solanes Puchol, Martínez Narváez-

Cabeza de Vaca, Sánchez y Rodríguez Marín, 2007), así como la formación en el uso de distintas técnicas psicológicas que fomenten el control emocional y el afrontamiento, tal y como avalan estudios recientes (Franco Justo, 2010; Garcés de Los Fayos Ruiz y Peinado Portero, 1998; Ortega Ruiz, López Ríos y Gómez Martín, 2008).

En conclusión, con el establecimiento de programas preventivos, y en menor medida, programas de intervención, una vez identificados de forma más clara los factores de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout, propios de cada tipo de profesional, y en particular, de los profesionales sanitarios, se lograría incrementar el bienestar de los trabajadores, lo que en el ámbito sanitario se traduce en una mejora de la calidad asistencial, la cual se ve seriamente mermada a raíz de este trastorno (De Dios et al., 2007; Jofré Aravena y Valenzuela, 2005; Miró Morales et al., 2007).

En definitiva, prácticamente la totalidad de la sociedad se vería afectada positivamente, por cualquier circunstancia que abunde en la mejora de los trabajadores sanitarios y, por extensión, de la calidad asistencial que ofrecen en el ejercicio de su profesión.

***CAPÍTULO 3. OBJETIVOS E
HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN***

3.1. INTRODUCCIÓN

La síntesis realizada en los capítulos precedentes permite establecer la importancia que han adquirido a lo largo de estas casi cuatro décadas, los estudios sobre el síndrome de Burnout. Las graves consecuencias que tiene padecer este problema, tanto para las personas como para las organizaciones en las que desarrollan su trabajo, sugieren la necesidad de profundizar en el estudio de los factores de riesgo relacionados con el citado síndrome, en la medida de lo posible, para la mejora de cualquier aspecto relacionado con la prevención, medida, diagnóstico o intervención del síndrome. En este sentido, el objetivo general de esta tesis doctoral sería profundizar en estos aspectos, en el colectivo de profesionales de enfermería.

La presente investigación se enmarca en el trabajo del grupo “Procesamiento de la Información y Toma de Decisiones”, HUM-0183 del Plan Andaluz de Investigación. El citado equipo tiene una trayectoria de investigación dentro del área y Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de las Universidades de Granada y UNED. Los contenidos de investigación, en la totalidad de los proyectos desarrollados, tienen la doble vertiente, metodológica y de aplicación en algún ámbito de competencia de la Psicología, en particular, y de las Ciencias de la Salud, en general.

Los proyectos de investigación de los últimos diez años y, los que se encuentran en curso, desarrollados por el equipo HUM-0183 (SEJ2007-13009, P07HUM-02529, P11HUM-7771), se centran en las dos grandes líneas siguientes:

- (1) Alternativas en el Análisis de Datos de investigación en Ciencias de la Salud.

Bajo esta denominación se tratan cuestiones de investigación metodológica, relacionada con el chequeo de la bondad de algunos procedimientos analíticos novedosos en este campo. El trabajo realizado hasta el momento por el equipo ha permitido identificar situaciones en las que los procedimientos de análisis bayesiano suponen un avance con respecto a los procedimientos estadísticos clásicos, bien porque están indicados en caso de que se den debilidades que todo investigador conoce en el análisis clásico (incumplimiento de supuestos, tamaño muestral insuficiente, etc), bien porque incluyen información complementaria que resulta, cuando menos, enriquecedora en el momento en que se realizan interpretaciones de los datos recogidos y análisis realizados.

- (2) Valoración psicométrica, clásica y bayesiana, del Síndrome de Burnout.

Esta denominación incluye diversos elementos relacionados con la medida y el estudio de factores de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout en policías, docentes, cuidadores formales y

profesionales sanitarios, con especial interés para este trabajo de tesis doctoral en el colectivo de profesionales de enfermería.

El trabajo desarrollado en esta tesis doctoral se enmarca en las líneas anteriormente citadas del equipo HUM-0183. Por una parte se utiliza el análisis bayesiano en algunos de los análisis realizados, por otra parte, se profundiza en aspectos relacionados con la identificación de factores de riesgo de padecimiento del Síndrome de Burnout en el colectivo de profesionales de enfermería. Más concretamente, en la presente investigación se plantean seis objetivos principales, de los que se derivan las explicaciones tentativas e hipótesis correspondientes, que se incluyen en apartados siguientes.

3.2. OBJETIVOS

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, se plantean seis objetivos principales en este trabajo, que se incluyen seguidamente:

- Objetivo 1. Realizar una descripción preliminar de los niveles de Burnout en profesionales sanitarios granadinos, en cada una de las tres categorías profesionales consideradas –médicos y personal de enfermería, enfermeros y auxiliares de enfermería-.

- Objetivo 2. Estimar la prevalencia del síndrome en cada una de las tres categorías de profesionales sanitarios granadinos que participan en la investigación.
- Objetivo 3. Identificar algunos Factores de Riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout en profesionales sanitarios granadinos.
- Objetivo 4. Describir los niveles de Burnout centrándonos en profesionales de enfermería de la Comunidad Autónoma Andaluza.
- Objetivo 5. Estimar la prevalencia del Burnout en enfermeros andaluces.
- Objetivo 6. Identificar algunos Factores de Riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout en enfermeros de la Comunidad Autónoma Andaluza.

3.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

A partir de la revisión teórica realizada, y para la consecución de los objetivos indicados previamente, se plantean las siguientes hipótesis de investigación, que guían el diseño de los estudios que constituyen este

trabajo de tesis doctoral; hipótesis todas ellas asociadas a cada uno de dichos objetivos principales ya planteados:

3.3.1. Hipótesis relacionadas con el objetivo 1

- Hipótesis 1. Los profesionales sanitarios en centros granadinos son un colectivo muy castigado por el síndrome de Burnout, y presentarán niveles medios-altos, en las dimensiones del síndrome.
- Hipótesis 2: Los profesionales sanitarios que desarrollan su labor asistencial en centros granadinos, clasificados mediante el modelo de cuatro fases de padecimiento del síndrome de Burnout se repartirán a lo largo de las cuatro etapas de evolución o gravedad del cuadro clínico del síndrome.
- Hipótesis 3. : Los profesionales sanitarios que desarrollan su labor asistencial en centros granadinos, clasificados mediante el modelo de ocho fases de padecimiento del síndrome de Burnout, se repartirán a lo largo de las cuatro etapas de evolución o gravedad del cuadro clínico del síndrome.

3.3.2. Hipótesis relacionadas con el objetivo 2.

- Hipótesis 4. La prevalencia del Burnout en el grupo de profesionales sanitarios –trabajadores en centros granadinos- participantes en esta investigación, es considerablemente alta.
- Hipótesis 5. El colectivo más castigado de los tres considerados en centros granadinos, es el de profesionales de enfermería. La prevalencia estimada de Burnout para estos profesionales, es alta.

3.3.3. Hipótesis relacionadas con el objetivo 3.

- Hipótesis 6. Los factores sociodemográficos serán factores de riesgo de padecer Burnout en los profesionales sanitarios granadinos.
- Hipótesis 7. La variable categoría profesional será un factor de riesgo de padecer Burnout en los profesionales sanitarios granadinos.
- Hipótesis 8. El tipo de dedicación será un factor de riesgo de padecer Burnout en los profesionales sanitarios granadinos.

3.3.4. Hipótesis relacionadas con el objetivo 4.

- Hipótesis 9. Los profesionales de enfermería que desarrollan su labor asistencial en centros públicos del Servicio Andaluz de Salud presentan niveles medios-altos de Burnout.

3.3.5. Hipótesis relacionadas con el objetivo 5.

- Hipótesis 10. La prevalencia estimada del Burnout en profesionales de enfermería del Servicio Andaluz de Salud es media-alta.

3.3.6. Hipótesis relacionadas con el objetivo 6.

- Hipótesis 11. Las variables sociodemográficas serán factores de riesgo de padecer Burnout en profesionales de enfermería en el Servicio Andaluz de Salud.

- Hipótesis 12. Las variables propias del entorno laboral serán factores de riesgo de padecer Burnout en profesionales de enfermería en el Servicio Andaluz de Salud.

- Hipótesis 13. Las variables de personalidad serán factores de riesgo de padecer Burnout en profesionales de enfermería en el Servicio Andaluz de Salud.

- Hipótesis 14. Identificar un perfil tipo, asociado a niveles bajos, medios y altos de padecimiento del síndrome de Burnout en enfermeros de la comunidad autónoma andaluza.

CAPÍTULO 4. ESTUDIO 1

4.1. FICHA RESUMEN DEL ESTUDIO 1

Introducción. En el presente trabajo se incluyen los niveles de Burnout evaluados en un grupo de profesionales de la salud. Los objetivos de la investigación son, la identificación de algunos factores de riesgo relacionados con el síndrome, su clasificación según la gravedad del cuadro clínico que presentan y la estimación de su prevalencia en las tres categorías profesionales consideradas.

Material y método. Se realiza un estudio cuantitativo, transversal, exploratorio. La muestra la constituyen 435 profesionales (auxiliares, enfermeros y médicos).

Resultados. Los datos analizados indican que los enfermeros presentan niveles de Burnout más altos que el resto de grupos. Dentro de este grupo, aquellos que atienden a personas mayores presentan niveles más bajos de Cansancio Emocional y mayor Realización Personal. La estimación más alta de prevalencia se obtiene en el grupo de enfermeros.

Conclusiones. Debido a la existencia de resultados divergentes en este campo, se hace necesario realizar estudios en los que se identifiquen y ratifiquen los factores de riesgo de padecer Burnout, lo que resulta de gran interés para la implantación de programas preventivos que mejoren tanto en la calidad de los servicios como la salud de estos profesionales.

Palabras clave. Síndrome de Burnout; factores de riesgo; evaluación de prevalencia del Burnout; profesionales sanitarios

4.2. INTRODUCCIÓN

Como ya se ha indicado, las investigaciones sobre el síndrome de Burnout se han desarrollado en diversas áreas profesionales, en las que siempre se produce una fuerte interacción del trabajador con aquellas personas que son beneficiarios de su trabajo. Aunque el estudio del problema se aborda inicialmente en los Servicios Sociales (Freudenberger, 1974), cada vez hay más profesiones en las que se han identificado síntomas que se pueden encuadrar en el marco teórico del citado síndrome tal y como se plantea en sus inicios (Lozano et al., 2008). No obstante y como ya se ha justificado previamente, el colectivo de profesionales sanitarios es uno de los más castigados por el síndrome, lo que repercute en los mismos trabajadores y, además, en la organización en la que desarrollan su labor asistencial, y, por tanto, en la sociedad en su totalidad. Debido a las graves repercusiones que tiene padecer el síndrome de Burnout, en estos trabajadores, y debido a las consecuencias que éste conlleva en cuanto a la calidad de los servicios prestados por estos profesionales, hemos considerado que existen razones sobradas para que sean estos profesionales sanitarios los protagonistas de este trabajo de tesis doctoral. En este estudio participan tres categorías diferentes de profesionales sanitarios.

Se ha definido previamente el síndrome de Burnout como un cuadro clínico caracterizado por una clase específica de estrés ocupacional asociado a variables, tanto personales como organizacionales, y que se da en profesionales que trabajan en relación directa con personas. Ya se ha planteado en capítulos anteriores que, aunque existen diferentes aproximaciones conceptuales para el citado síndrome, tanto en su estructura como en su asociación con otras variables, la postura más

consensuada es la aproximación al concepto que dan Maslach y colaboradores (Maslach y Jackson, 1981; Maslach et al., 1996). Lo más resaltable en dicha conceptualización es la existencia de tres dimensiones definitorias del síndrome, etiquetadas habitualmente como “Cansancio Emocional”, “Despersonalización” y baja “Realización Personal”. En el presente estudio se trabaja en el marco teórico establecido por estas autoras y, por tanto, se considera la estructura tridimensional del síndrome, propuesta por ellas.

En relación con la modelización del constructo Burnout ya se ha indicado en capítulos anteriores que existen posturas diversas. La más generalizada y que se asume en este trabajo, es la que utiliza el Maslach Burnout Inventory (MBI) como marco teórico para su definición, además de servir como herramienta para su medida. Añadido a lo anterior, y para poder hablar de gravedad en el cuadro clínico o, equivalentemente, de fases del Burnout progresivo que padecen los profesionales que participan en nuestra investigación, se hace necesario optar por alguno de los modelos que existen al respecto, ya comentados previamente en este trabajo.

Los modelos enunciados con anterioridad (Gil Monte et al., 1997; Golembiewski et al., 1983; Lee et al., 1988; Leiter, 1993;) surgen como planteamientos teóricos y existe poca información de investigaciones empíricas en las que se intente someter a prueba su veracidad. En este sentido, resultan de interés los trabajos realizados por Golembiewski y su equipo, quienes presentan datos empíricos de su propuesta en la que se combinan niveles altos y bajos en cada una de las tres dimensiones del Burnout, estableciendo la Despersonalización como fase de inicio de desarrollo del síndrome (Golembiewski et al., 1986). De dicha

combinación se obtiene un modelo con ocho fases progresivas, que representan el cuadro clínico y, por tanto, la gravedad en el padecimiento del síndrome. También, y debido a que la Despersonalización es la dimensión que más controversia genera, plantean un posible modelo en cuatro fases, en el que los diferentes estados del Burnout resultan de combinar las dos categorías en las que los autores dicotomizan las dimensiones relativas a la Realización Personal y el Cansancio Emocional.

En este estudio se utiliza el modelo de Golembiewski, decisión tomada por dos razones. De una parte, es uno de los que más soporte empírico presenta como aval, de otra parte, es el modelo en el que se tienen en cuenta más aspectos de los que sería de desear incluyese un modelo explicativo del Burnout, como se ha comentado en el primer capítulo de este trabajo.

En este primer estudio se plantean algunos de los factores de riesgo considerados más relevantes en relación con el padecimiento del síndrome, son datos de tipo sociodemográficos y algunos relacionados con el contexto laboral.

4.3. OBJETIVOS

El presente estudio se desarrolla para cubrir, en primer lugar, un objetivo de tipo metodológico con el que se intenta garantizar la legitimidad del uso de la herramienta de medida utilizada, el M.B.I., siguiendo las recomendaciones que se realizan en revisiones meta-analíticas, de validación de estructura factorial y fiabilidad del cuestionario utilizado

(Aguayo, Vargas, De la Fuente y Lozano, 2011; Cardona-Arias, 2009; Córdoba et al., 2011; 2011; Worley, Vassar, Wheeler y Barnes, 2008).

Añadido al objetivo anteriormente indicado, se tienen tres objetivos principales: (1) describir los niveles de Burnout de los profesionales sanitarios que participan en la investigación; (2) presentar una clasificación según la fase de padecimiento de Burnout en la que se encuentran estos profesionales y estimar la prevalencia del trastorno de acuerdo con el modelo utilizado; (3) estudiar la existencia de relaciones entre los niveles de Burnout y algunos factores de riesgo relevantes en el estudio del síndrome.

4.4. MÉTODO

4.4.1. Participantes

La muestra estaba formada por 435 profesionales sanitarios escogidos incidentalmente, destinados en diferentes hospitales y residencias geriátricas de la provincia de Granada (España). El rango de edad fue de 22 a 63 años ($M = 43,78$; $DT = 8,35$). Del total de la muestra, el 73,3% son mujeres y el 26,7% hombres. El 9,4% de los participantes son médicos, 37,8% enfermeros y el 52,8% auxiliares de enfermería. Respecto al estado civil de los participantes, el 21,0% están solteros, el 69,4% casados, el 8,9% separados o divorciados, y el 0,7% viudos. El 44,1% de los sanitarios trabajaban en centros geriátricos y el 55,9% en hospitales.

4.4.2. Instrumentos

La información sociodemográfica y la relativa al ámbito laboral se obtuvo mediante la administración de un cuadernillo. Las variables registradas fueron: edad (en cuatro tramos según los cuartiles de la distribución), género, estado civil (soltero, casado, separado o divorciado, y viudo), categoría profesional (médico, enfermero y auxiliar de enfermería), y tipo de dedicación (atienden a personas mayores vs. no atienden a personas mayores).

Se administró también el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) en su adaptación a la población española (Cardona-Arias, 2009; Seisdedos, 1997). El MBI es un instrumento que evalúa los sentimientos y pensamiento en relación a su interacción con el trabajo. Este instrumento consta de 22 ítems con formato de respuesta tipo Likert donde se valoran las tres dimensiones propuestas por las autoras sobre el constructo Burnout: Cansancio Emocional (CE, 9 ítems), Despersonalización (D, 5 ítems) y Realización Personal en el trabajo (RP, 8 ítems). En la versión original se obtuvo un valor alfa de Cronbach para la dimensión CE de 0,89, para el D de 0,77 y el de RP de 0,74 y en la versión adaptada, un valor alfa de Cronbach para la dimensión CE de 0,90, para el D de 0,79 y el de RP de 0,71.

Una práctica muy extendida es asumir la fiabilidad que se ha encontrado en aplicaciones previas, por ejemplo, la obtenida en la adaptación del cuestionario a nuestra población. Esta práctica es conocida como inducción de la fiabilidad. Este proceso de inducción de la fiabilidad tiene cierta validez siempre que se confirme que la muestra objeto de estudio es

similar en composición y variabilidad a la de referencia (Vacha-Haase, Kogan y Thompson, 2000).

La muestra utilizada en la adaptación de Seisdedos era de 1138 participantes pertenecientes a distintos colectivos profesionales (por ejemplo, policías o docentes), donde sólo se incluían 156 profesionales del ámbito sanitario (médicos). La presente investigación está compuesta exclusivamente por profesiones sanitarios, más concretamente, 41 médicos, 164 enfermeros y 230 auxiliares de enfermería; por ello, se considera necesario evaluar en ella las propiedades psicométricas del MBI, ya que asumir incorrectamente la inducción de la fiabilidad puede conducir a una interpretación errónea de la potencia estadística obtenida en los contrastes de hipótesis (Wilkinson, L. y APA Task Force on Statistical Inference, 1999).

Otro aspecto psicométrico importante para garantizar una interpretación correcta de los resultados es la validez del cuestionario. En relación al MBI, hay estudios que confirman la tres dimensiones encontradas por Maslach y Jackson (Kokkinos, 2006; Langballe, Falkum, Innstrand y Aasland, 2006; Manso-Pinto, 2006; Meda, Moreno, Rodríguez, Morante y Ortiz, 2008; Oh y Lee, 2009; Poghosyan, Aiken y Sloane, 2009), aunque en otras investigaciones se han obtenido resultados diferentes, por ejemplo, dos dimensiones (Kalliath, O'Driscoll, Gillespie y Bluedorn, 2000; Kim y Ji, 2009) cuatro dimensiones (Densten, 2001; Green y Walkey, 1988; Iwanicki y Schwab, 1981; Kanste, Miettunen y Kyngäs, 2006; Powers y Gose, 1986) e incluso cinco o más dimensiones (García, Herrero y León, 2007; García, Llor y Sáez, 1994). Por todo ello, se cree

conveniente realizar un Análisis Factorial Confirmatorio en el presente estudio.

4.4.3. Procedimiento y diseño

Se realizó un estudio transversal. Se contactó con los hospitales y las Residencias Geriátricas de la provincia de Granada. Primero, los centros autorizaron la investigación y seguidamente, se contactó con los profesionales sanitarios. Todos los participantes firmaron la hoja de consentimiento informado, y realizaron la investigación de forma individual y anónima.

4.4.4. Variables

Las variables independientes utilizadas son: edad, género, estado civil, categoría profesional y tipo de dedicación. Las variables dependientes son las distintas dimensiones del MBI (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal).

4.4.5. Análisis de Datos

Se utiliza el estadístico t-Student para realizar los contrastes de hipótesis sobre dos medias independientes y análisis de varianza (ANOVA) cuando hay tres niveles o más de comparación. Se aplicó la prueba de Tukey para realizar las comparaciones a posteriori. Estos análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS 20.0. El Análisis Factorial Confirmatorio se llevó a cabo mediante el programa AMOS 16.0.

Frente a una Estadística clásica, con procedimientos conocidos por la mayoría de investigadores, existe esta otra opción analítica con más de un siglo de historia pero con un desarrollo vertiginoso, mucho más reciente y con claras ventajas, que cada vez resulta más familiar a los investigadores en Ciencias de la Salud, la Estadística bayesiana.

Existen múltiples razones para el uso de la Estadística Bayesiana como herramienta de análisis de los datos de investigación, pero las diferencias más importantes entre ambas metodologías analíticas, las podemos resumir en las siguientes (De la Fuente, Cañadas, Guàrdia y Lozano, 2009; De la Fuente, García y De la Fuente, 2002, 2007; Guàrdia, De la Fuente y Lozano, 2008):

- En la alternativa frecuentista o clásica no se puede utilizar información inicial a partir de los resultados de investigaciones previas, lo que es posible si se utiliza el método Bayes.
- En la perspectiva clásica no se deben afrontar ciertos análisis cuando se tienen muestras pequeñas, lo que resulta factible desde la Estadística Bayesiana.
- No son necesarios fuertes supuestos subyacentes a los modelos analíticos cuando se trata de la perspectiva bayesiana, mientras que se requiere, habitualmente, el cumplimiento de los mismos, cuando se utilizan las técnicas clásicas.
- Una vez planteado el modelo representativo de la realidad objeto de estudio, la estimación bayesiana de sus parámetros suele ser más ajustada que la clásica.

- Los intervalos de credibilidad bayesianos para la estimación de parámetros, son realmente intervalos en los que el parámetro se encuentra contenido con una probabilidad determinada (interpretación que muchos investigadores asocian, erróneamente, al intervalo de estimación clásico).
- Los contrastes de hipótesis clásicos presentan inconvenientes de todos conocidos, entre ellos, la interpretación del nivel de significación como probabilidad asociada a las hipótesis, lo que significa que se interpretan sus resultados como si realmente se hubiera realizado un test bayesiano, que es el único que permitiría hablar en sus conclusiones de probabilidades asociadas a las hipótesis.

En este trabajo, las características de los datos recogidos permiten realizar cualquiera de los análisis haciendo uso de la metodología bayesiana, pero hemos limitado su uso a la estimación, con distribución inicial no informativa, de la prevalencia de Burnout entendida como fases de gravedad del trastorno, según la modelización ya presentada previamente y combinando para ello las diferentes dimensiones del Burnout (Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal); no se aprovechan buena parte de las ventajas del método bayesiano, por ejemplo, no se utiliza información inicial de otras investigaciones, pero hemos querido incluir dicho análisis, al menos, en una pequeña parte del método.

La razón por la que no se hace uso generalizado de esta perspectiva en los análisis de datos de este trabajo de Tesis Doctoral es que la programación de los análisis es aún muy dificultosa y, sobre todo, muy lenta, dado que

no existen paquetes estadísticos que los contengan. Sin embargo, consideramos necesario institucionalizar su uso de forma generalizada, salvo en aquellos casos en que no sea recomendable, debido a lo cual, una de las líneas de investigación del equipo de investigación HUM-0183, realiza en este momento un paquete de análisis bayesiano que esperamos poder poner a disposición de los investigadores, para su uso libre (De la Fuente et al., 2009).

Las estimaciones de las prevalencias que se incluyen en este estudio se han realizado con el programa WinBugs (Ntzoufras, 2009; Spiegelhalter, Thomas, Best y Gilks, 1994a, 1994b).

4.5. RESULTADOS

Se presentan seguidamente los resultados ordenados según aparecen enunciados los objetivos del presente estudio.

4.5.1. Análisis de la validez y fiabilidad del cuestionario

Se somete a prueba, mediante Análisis Factorial Confirmatorio, la estructura en tres dimensiones propuesta por Maslach y Jackson (1981). La representación gráfica de dicha estructura factorial se puede observar en la figura siguiente (Figura 1):

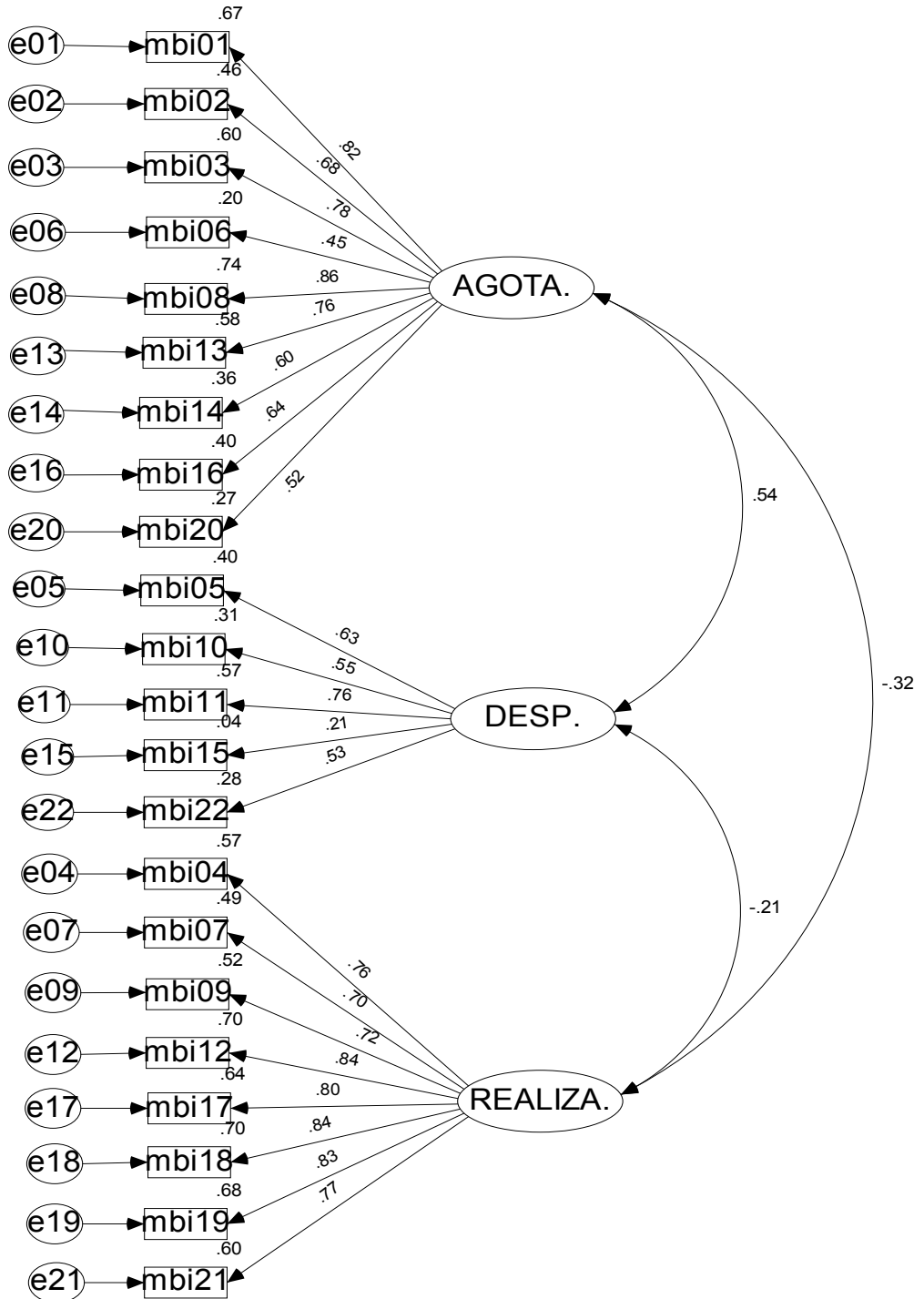


Figura 1. Estudio de la dimensionalidad del M.B.I.

Se utiliza como índice de ajuste del modelo el índice de bondad de ajuste (GFI), en el que se consideran los valores superiores a 0,90 indicadores de buen ajuste (Bollen y Long, 1993; Byrne, 2000), y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), en el que los valores de hasta 0,08 son indicativos de un ajuste razonable (Kline, 2005). También se informa del intervalo confidencial del RMSEA a un nivel de confianza del 90% (se considera un buen ajuste si el extremo inferior de dicho intervalo es inferior a 0,05 y el superior no excede de 0,1). Se obtiene la raíz cuadrada de la media de los residuales estandarizados (SRMR), cuyos valores deben estar por debajo de 0,08. La comparación del modelo nulo y el propuesto por las autoras del MBI se realiza con el CFI, índice incremental que debe ser superior a 0,90 según Bentler (Bentler, 1990). Por último, se utiliza el estadístico propuesto por Hoelter (1983), que se centra en el estudio de la adecuación de la muestra, y en el que se deben obtener valores superiores a 200 para concluir la correcta representación del modelo. En la Tabla 1 que se incluye seguidamente se incluyen los valores de los índices de ajuste obtenidos, que cumplen los criterios indicados previamente y avalan el modelo tridimensional.

Tabla 1. Índices de ajuste del Análisis Factorial Confirmatorio

	GFI	RMSE	RMSEA (90%)		SRM	CFI	HOELTE
		A	LIM.	LIM.	R	R	R
			INFERIO	SUPERIO			
Modelo	0,937	0,039	0,030	0,048	0,052	0,974	261

La fiabilidad de la escala en cuanto a consistencia interna resulta adecuada y se obtienen los coeficientes alfa de Cronbach 0,883 para la dimensión “Cansancio Emocional”, 0,773 en la dimensión asociada a la “Realización Personal” y 0,575 en la dimensión “Despersonalización”. Se obtienen valores mínimos de los índices de discriminación de los ítems de 0,41, 0,24 y 0,31 respectivamente. Todos ellos son adecuados según la clasificación de Ebel (1965).

4.5.2. Prevalencia de Burnout y Clasificación de los participantes según la Fase de Burnout en la que se encuentran

En cuanto a los valores descriptivos de los niveles del Burnout, valorados en cada una de las tres dimensiones que componen dicho síndrome, son los siguientes: el valor medio obtenido en la dimensión Cansancio Emocional fue de 17,08 (DT = 11,75), donde el 50% de los participantes presentaban un nivel bajo, el 25,9% un nivel medio y el 24,1% un nivel alto de acuerdo con los puntos de corte establecidos por la adaptación española del MBI (Seisdedos, 1997). En la dimensión Despersonalización se obtuvo un valor medio de 6,01 (DT = 5,45), donde el 40,9% tenían un nivel bajo, el 33,1% un nivel medio y el 26% un nivel alto. Finalmente, el valor medio que se halló en la dimensión Realización Personal fué de 37,02 (DT = 8,13), donde el 30,3% manifestaban un nivel bajo, el 24,8% un nivel medio y el 44,8% un nivel alto.

Se utiliza el modelo de Golembiewski y colaboradores (Golembiewski y Munzenrider, 1988; Golembiewski, Munzenrider y Stevenson, 1986) para clasificar a los profesionales que participan en la investigación, a partir de las puntuaciones que obtuvieron en cada una de las tres dimensiones del

Burnout, según el MBI. El modelo de fases de estos autores, generaliza el trabajo de Maslach en el sentido de asociar cada fase del Burnout progresivo a cada una de las combinaciones posibles de las puntuaciones – bajas vs altas- en los tres subdominios del síndrome, propuestos por Maslach y Jackson (1981).

Como indican los autores que proponen el modelo de fases del Burnout, la dimensión “Despersonalización” es usualmente la menos potente y con más limitaciones conceptuales, siendo la dimensión “Cansancio Emocional” la más importante y la dimensión “Realización Personal” de valor intermedio, para establecer una gradación en el Burnout progresivo o evolución del síndrome. Debido a estas razones, modelizan la evolución del síndrome de dos formas diferentes. Si se considera la dimensión Despersonalización relevante, se obtiene un modelo en 8 fases de gravedad y si, por el contrario, no se considera dicha dimensión de interés, se llega a una propuesta de modelización en la que se contemplan 4 fases de gravedad del Burnout.

En la tabla 2 siguiente se incluyen las fases, 8 o 4, consideradas por el modelo, y el porcentaje de profesionales sanitarios, entre los que participan en este estudio, que se encuentran en cada una de las citadas fases de evolución del trastorno.

Tabla 2. Clasificación de los participantes según el Modelo de Fases

Fases	1	2	3	4	5	6	7	8
Desp.	B	A	B	A	B	A	B	A
R.P.(rev)	B	B	A	A	B	B	A	A
C.E.	B	B	B	B	A	A	A	A
n(%)	70(20,7%)	29(8,6%)	26(7,7%)	37(10,9%)	30(8,9%)	31(9,2%)	30(8,9%)	81(24%)
Fases	1		2		3		4	
R.P.(rev)	B		A		B		A	
C.E.	B		B		A		A	
n(%)	99(29,3%)		63(18,6%)		61(18,1%)		111(32,9%)	
Desp. Despersonalización; R.P. Realización Personal; C.E. Cansancio Emocional; A. Alto; B. Bajo								

El modelo establece que los profesionales que se encuentran en fase 6 o superior, tienen niveles altos de Burnout. A partir de la información recogida, se estima que la prevalencia de Burnout en la población de profesionales sanitarios granadinos, relativa sólo a valores altos, es del 25,80% obteniéndose un intervalo de estimación para dicho valor entre el 21,79% y el 30,02%.

Si se utiliza sólo la muestra de enfermeros, la prevalencia estimada de Burnout pasa a quedar cuantificada en el punto 32,2%, con intervalo de estimación asociado entre el 24,89% y el 39,96%; la estimación de la prevalencia del Burnout a partir de la información recogida en auxiliares de enfermería es del 22,66%, con intervalo asociado de extremos 17,19% y 28,64%.

4.5.3. Identificación de grupos de riesgo según las variables sociodemográficas consideradas en el estudio

Se encuentran diferencias estadísticamente significativas en “Cansancio Emocional” en diferentes grupos de la variable “Edad” ($F_{3, 426} = 3,618$, $p < 0,05$). Se categoriza dicha variable por sus cuartiles, de forma que se consideran cuatro grupos diferenciados de la misma. Existen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre los grupos de menor y mayor edad considerados.

No existen diferencias significativas en las variables “Género” y “Estado Civil” en ninguna de las dimensiones del Burnout.

Existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de Burnout entre los grupos de la variable “Categoría Profesional” ($F_{3, 428} = 2,375$, $p < 0,01$). Más concretamente, se encuentran diferencias significativas en la dimensión “Cansancio Emocional”, entre enfermeros y médicos ($p < 0,05$), así como entre enfermeros y auxiliares de enfermería ($p < 0,05$). En ambos casos, los enfermeros presentan un nivel más alto de Cansancio Emocional. No se encuentran diferencias significativas en Cansancio Emocional ni en Realización Personal entre los grupos profesionales de facultativos y auxiliares de enfermería. No se han encontrado diferencias significativas desde el punto de vista estadístico en la variable Despersonalización en ninguno de los tres grupos considerados de la variable categoría profesional.

Existen diferencias significativas en algunas de las dimensiones del Burnout entre grupos con diferente “Tipo de Dedicación”. Más

concretamente, se obtienen diferencias en “cansancio Emocional” ($t_{430} = -2,082$, $p < 0,05$) y en la dimensión “Realización Personal” ($t_{433} = -2,256$, $p < 0,05$). Los profesionales que atienden a personas mayores presentan menores puntuaciones, tanto en Cansancio Emocional como en Realización Personal. No se han encontrado diferencias según el tipo de dedicación en la variable Despersonalización.

4.6. CONCLUSIONES

En este trabajo se presenta información relativa a una muestra de participantes en cuya descripción cabe resaltar que está compuesta, eminentemente, por mujeres y en la que la mayoría de los profesionales son enfermeros y personal auxiliar de enfermería. Lo que significa, obligadamente, que los resultados relativos a la variable género o al colectivo de médicos, deben ser puestos en tela de juicio y ratificados en investigaciones posteriores en las que las muestras correspondientes tengan tamaños superiores.

Los análisis de fiabilidad, validez y estructura realizados, indican que el cuestionario de Burnout MBI, mantiene, en la muestra utilizada, las características psicométricas informadas por las autoras de la prueba original. De este modo, y en la línea de solución apuntada por diversas investigaciones meta-analíticas (Aguayo et al., 2001; Worley et al., 2008), se entiende que se dan las circunstancias que avalan su uso y se evitan los problemas de heterogeneidad de resultados en los aspectos psicométricos, que diversas investigaciones han puesto de manifiesto en relación con este cuestionario.

En relación con la estimación de la prevalencia de altos valores del síndrome –profesionales que se encuentran en fases avanzadas de padecimiento del síndrome según el modelo de Fases del Burnout-, el análisis realizado lleva a cifras preocupantes. Se obtienen regiones de estimación que se encuentran alrededor de los valores, 25,8%, 32,2% y 22,66%, respectivamente, para los tres tipos de profesionales sanitarios considerados. Se ha podido observar que son los profesionales de enfermería los que presentan una prevalencia estimada considerablemente más alta y, por tanto, parece claro que están más afectados por el problema.

Respecto al análisis de los factores de riesgo utilizados en este estudio y relacionados con el desarrollo del síndrome de Burnout, se obtienen resultados que ratifican lo encontrado en otras investigaciones (Kanai-Pak, Aiken, Sloane y Poghosyan, 2008; Lin, St. John y McVeigh, 2009). La edad parece ser un factor de riesgo asociado al desarrollo del trastorno. En este trabajo, de nuevo, queda puesto de manifiesto que los profesionales de mayor edad presentan mayores niveles de Cansancio Emocional.

Las relaciones entre profesionales a veces son complicadas, tanto por el tipo de funciones como por el grado de responsabilidad y ello puede generar conflictos (Kanai-Pak et al., 2008). El personal de enfermería está cansado emocionalmente por múltiples razones, entre las que se pueden citar el tipo de turno, la sobrecarga de trabajo y el contacto continuado con el paciente (Gandoy-Crego, Clemente, Mayán-Santos y Espinosa, 2009; Lin et al., 2009; Pereda-Torales, Celedonio, Vásquez y Yáñez Zamora, 2009) y los médicos por la responsabilidad y la sobrecarga de trabajo, dándose esto, incluso desde su periodo de formación como residentes

(Msaouel, Keramaris, Tasoulis, Kolokythas, Syrmos, Pararas, Thireos y Lionis, 2010; Pereda-Torales et al., 2009). De acuerdo con Peisah, Latif, Wilhelm et al. (2009), los médicos de más edad sufren menos Cansancio Emocional gracias a su experiencia, lo que aparece reflejado en este trabajo (Peisah, Latif, Wilhelm, y Williams, 2009)

No se encuentran diferencias en los niveles de Burnout entre hombres y mujeres, así como en diferentes grupos profesionales, en ninguna de las dimensiones del síndrome. Si se repara en el grupo más numeroso de profesionales participantes en esta investigación, el colectivo de enfermeros, se quiere hacer notar que, aunque empieza a hacerse más pequeña la diferencia entre el número de hombres y el de mujeres que eligen dicha profesión en España, la realidad es que, aunque menor en la actualidad pero esa diferencia aún persiste. Esto hace algo más difícil la obtención de tamaños de muestra mayores en cuanto al número de hombres participantes en una investigación.

Como conclusión a partir de los resultados obtenidos en cuanto a los factores, género y categoría profesional, se puede decir que, o bien no existen realmente diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la adquisición y evolución del trastorno, o bien el tamaño muestral insuficiente en algunos de los grupos considerados –sobre todo en el grupo de médicos–, es el que enmascara la existencia de diferencias en este sentido, a diferencia de los resultados encontrados en otros trabajos (Hsu, Chen, Yu y Lou, 2010).

Por último se ha analizado el nivel de Burnout dentro del grupo profesional más numeroso en nuestra muestra, el grupo de enfermeros,

distinguiendo en el tipo de actividad que realizan en su trabajo. Se ha considerado como elemento diferencial entre los dos grupos considerados, el hecho, o no, de atender habitualmente en su trabajo a ancianos. Los resultados nos muestran que los enfermeros que atienden a personas mayores están menos cansados y, sin embargo, menos realizados que aquellos que desarrollan su labor asistencial en centros que no son Geriátricos.

Los enfermeros que trabajan en los geriátricos están vocacionalmente más motivados (De Guzman et al., 2009), sin embargo y teniendo en cuenta que el tipo de trabajo de un centro geriátrico de larga estancia favorece un entorno más estresante (Pereda-Torales et al., 2009), no es raro que se sientan menos realizados en el ámbito laboral. El hecho de cuidar a los ancianos, a veces, en condiciones precarias, puede derivar en un Cansancio Emocional considerable (Jenull, Brunner, Ofner y Mary, 2008), que se puede ver incrementado por factores extrínsecos de diversa índole, por ejemplo, entrar en conflicto con familiares de los ancianos (Abrahamson, Suito y Pillemer, 2009) e incluso con otros profesionales enfermeros (Ejaz, Noelker, Menne y Bagaka, 2008; Hsu et al., 2010; Lin et al., 2009). A pesar de que el personal que atiende a personas mayores, en nuestra investigación, está menos cansado que los que no lo hacen, hay que destacar el hecho de que la media de edad del personal en centros geriátricos es mucho menor que en los hospitales, al contrario de lo que sucede en otros países, lo que puede ser el motivo de los resultados obtenidos en cuanto al Cansancio Emocional (Kanai-Pak et al., 2008).

Aunque en algunas investigaciones se destaca el hecho de un perfil de personalidad diferente por parte de los profesionales sanitarios que eligen

desarrollar su profesión en el cuidado a personas mayores; más concretamente, se habla, entre otras características, de altos niveles de sociabilidad y desarrollo profesional y bajos en neuroticismo (Gandoy-Crego et al., 2009), parece claro que proporcionar atención continua a personas mayores tiende a provocar altos niveles de fatiga, que pueden influir negativamente en el día a día del cuidador, e indudablemente, también, en la calidad del cuidado (Van Bogaert, Meulemans, Clarke, Vermeyen y Van de Heyning, 2009; Weman y Fagerber, 2006). A partir de los resultados que se obtienen en este trabajo, consideramos de gran interés estudiar de forma diferenciada este grupo de profesionales, que tienen, cada vez más, una importante y difícil tarea, la de tratar con nuestros mayores.

CAPÍTULO 5. ESTUDIO 2

5.1. FICHA RESUMEN DEL ESTUDIO 2

Introducción. Se incluyen los niveles de Burnout evaluados en un grupo de profesionales de enfermería. Los objetivos son, la identificación de algunos factores de riesgo relacionados con el síndrome, su clasificación según la gravedad del cuadro clínico que presentan y la estimación de su prevalencia en profesionales de enfermería de la Comunidad Andaluza.

Material y método. Se realiza un estudio cuantitativo, transversal, exploratorio. La muestra la constituyen 676 profesionales de enfermería de diversos centros en Andalucía.

Resultados. Los enfermeros presentan niveles de Burnout medios – altos. Los valores de prevalencia estimados para cada una de las dimensiones del síndrome son altos. Se encuentran variables asociadas al Burnout, y grupos entre los que se encuentran diferencias estadísticamente significativas en sus niveles de Burnout, -edad, género, estado civil, tener hijos, área sanitaria, tipo de turno y haber realizado tareas de gestión-. Se han encontrado asociaciones de Burnout y variables de personalidad.

Conclusiones. Debido a la existencia de resultados divergentes en este campo, es de interés describir la situación de los servicios sanitarios andaluces e identificar los factores de riesgo de padecer Burnout para mejorar la calidad de los servicios y la salud de estos profesionales.

Palabras clave. Síndrome de Burnout; factores de riesgo; evaluación de prevalencia del Burnout; profesionales de enfermería en Andalucía.

5.2. INTRODUCCIÓN

Una vez conocidos los resultados del estudio 1 anterior, hemos constatado que el personal de enfermería presenta niveles especialmente altos de Burnout, debido a lo cual hemos considerado interesante que sean estos profesionales sanitarios los protagonistas de este segundo estudio. Como se ha indicado en capítulos anteriores en este trabajo, existen diversas investigaciones en las que se obtienen resultados coincidentes con los nuestros. En todos estos trabajos se establece que el entorno laboral y la situación personal y social de estos trabajadores, son aspectos que inciden en la aparición y posible desarrollo del trastorno (Albaladejo et al., 2004; Albar et al., 2004; Aragón Paredes et al., 2007; Deschamps Perdomo et al., 2011; Gil et al., 1996; Gil-Monte, 2001; Gómez Sánchez et al., 2009). En este segundo estudio, nuestros esfuerzos irán encaminados, tanto a centrarnos en el colectivo de enfermeros como a incorporar factores de riesgo a los de tipo sociodemográfico contemplados en el estudio anterior; más concretamente, se trata de ver como el entorno laboral y la situación a nivel individual y social afectan a los sujetos de nuestro estudio en la línea de los trabajos de otros autores (Carmagnani et al., 2011; Deschamps Perdomo et al., 2011; Díaz Echenique et al., 2010; Greenglass et al., 2003; Greenglass et al., 1990; Hallberg et al., 2007; Kheiraoui et al., 2012; Leiter, 1988b; Luecken y Edward, 1997; Miller et al., 1995; Potter, 2006; Prati et al., 2010; Sundin et al., 2006).

El marco teórico en el que se diseña y se desarrolla este segundo estudio, coincide con el expuesto al inicio del estudio 1, por lo que obviaremos cuestiones que resultarían meras repeticiones de lo ya incluido previamente; no obstante hemos de indicar que, al igual que en el estudio 1

anterior, se reproduce la estructura y valoración de la fiabilidad del MBI en la muestra de participantes considerada en este segundo estudio.

Los dos aspectos más resaltables de este estudio son: (1) la totalidad de la muestra de participantes son profesionales enfermeros y (2) en este caso, se ha ampliado la información recogida en cuanto a posibles factores de riesgo o variables relacionadas con el Burnout, que ya se han introducido y comentado previamente en el primer capítulo de este trabajo de tesis doctoral y, que ahora pasan a ser recogidas en el cuestionario utilizado.

5.3. OBJETIVOS

En este segundo estudio se tienen tres objetivos principales: (1) describir los niveles de Burnout de los profesionales sanitarios que participan en la investigación; (2) presentar una clasificación según la fase de padecimiento de Burnout en la que se encuentran estos profesionales y estimar la prevalencia del trastorno de acuerdo con el modelo utilizado; (3) estudiar la existencia de relaciones entre los niveles de Burnout y algunos factores de riesgo relevantes en el estudio del síndrome, siendo consideradas en esta ocasión, al igual que en el estudio 1 anterior, variables de tipo socio demográfico, pero considerándose en esta ocasión también otras variables propias del entorno laboral así como algunas características de personalidad de los participantes.

5.4. MÉTODO

5.4.1. *Participantes*

La muestra estaba constituida por 676 profesionales de enfermería pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud (SAS) (Andalucía, España). Los datos fueron recogidos entre abril y mayo de 2012. La edad media de los participantes fue de 44,58 años (DT = 8,18) y el porcentaje de mujeres del 66,1%. Nueve participantes fueron excluidos de la investigación por insuficiencia de datos.

5.4.2. *Instrumentos*

Se administró un cuadernillo a través del cual se obtiene información sociodemográfica y del ámbito laboral y social de los participantes en la investigación. Las variables registradas fueron: edad, género, estado civil (soltero, casado, separado o divorciado, y viudo), número de hijos, tipo de atención que proporcionan (hospitalaria vs. primaria), áreas asistenciales (área quirúrgica, el área médica, área materno-infantil, área de urgencias y cuidados críticos, y área de atención primaria) turno laboral (rotatorio, fijo mañana, fijo tarde y fijo noche), realización de guardias (sí vs. no), haber realizado tareas de gestión (sí vs. no) antigüedad en la profesión y antigüedad en el puesto de trabajo.

El síndrome de Burnout fue medido mediante el inventario Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach y Jackson, 1981) en su versión adaptada a la población española (Seisdedos, 1997). Este instrumento de medida fue administrado mediante el cuadernillo y está constituido por 22

ítems con formato de respuesta tipo Likert de siete puntos. El MBI plantea una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos relacionados con la interacción en el trabajo donde se valoran las tres dimensiones ya conocidas del Burnout y aceptadas mayoritariamente por los investigadores en el tema: Cansancio Emocional (9 ítems, valora la sensación de estar emocionalmente agotado y excedido por el trabajo), Despersonalización (5 ítems, evalúa la respuesta impersonal e insensible a las personas destinatarias del trabajo) y Realización Personal en el trabajo (8 ítems, describen sentimientos de competencia y eficacia en el trabajo). Los valores diagnósticos o puntos de corte acerca del nivel de Burnout de los participantes, son los que se proponen en la versión adaptada a población española del MBI, para los niveles bajo, medio y alto en Cansancio Emocional son, menor de 15, entre 15 y 24, y mayor de 24, respectivamente, para la Despersonalización, menor de 4, entre 4 y 9, y mayor de 9, y para la Realización Personal, menor de 33, entre 33 y 39 y mayor de 39. En la muestra utilizada se ha obtenido un valor alfa de Cronbach para la dimensión Cansancio Emocional de 0,88, para Despersonalización de 0,68 y en Realización Personal de 0,84.

El inventario de personalidad Neo Reducido de Cinco Factores (NEO-FFI; Costa y McCrae, 1989) se administró también a través del cuadernillo, en su versión adaptada a la población española (Costa y McCrae, 1999). El NEO-FFI proporciona una evaluación global de la personalidad a través de las cinco principales dimensiones o factores de personalidad: Neuroticismo (nivel de inestabilidad emocional), Extraversión (nivel de energía y sociabilidad), Apertura (nivel de curiosidad intelectual y sensibilidad estética), Amabilidad (nivel de las tendencias interpersonales de acercamiento o rechazo de los demás) y Responsabilidad (nivel de

autocontrol y autodeterminación). Está constituido por 60 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos, 12 ítems por cada una de las dimensiones. En la muestra se ha obtenido un alfa de Cronbach en la dimensión Neuroticismo de 0,79, en Extraversión de 0,79, en Apertura de 0,70, en Amabilidad de 0,74, y en Responsabilidad de 0,72.

5.4.3. *Procedimiento y diseño*

Se llevó a cabo un estudio transversal. Se contactó con el delegado provincial de Granada del Sindicato de Enfermería (SATSE), a través del cual se pudo contactar con los responsables del sindicato en Andalucía. Las diferentes delegaciones provinciales del SATSE fueron invitadas y aceptaron participar en la investigación, de forma que fueron los delegados provinciales en cada caso los que se pusieron en contacto directo con los enfermeros, tras haber sido informados los respectivos centros públicos. La investigación se llevó a cabo con la autorización de todos los participantes, que colaboraron de forma voluntaria, individual y anónima. Una vez rellenados los cuestionarios, los participantes los depositaban en un buzón de una de las delegaciones del SATSE. El tiempo estimado para cumplimentar el cuadernillo era de unos 45 minutos.

5.4.4. *Análisis de datos*

Se utiliza el estadístico t-Student para realizar los contrastes de hipótesis sobre dos medias independientes y análisis de varianza (ANOVA) cuando hay tres niveles o más de comparación. En aquellas situaciones donde no se pueda asumir que las varianzas poblacionales eran iguales (comprobación mediante la prueba de Levene), se utiliza la aproximación

de Welch para contrastar dos medias independientes y el estadístico de Brown-Forsythe para contrastar tres o más medias independientes. Las pruebas de Tukey (se asume varianzas poblacionales iguales) y Games-Howell (no se asume varianzas poblaciones iguales) se utilizaron para realizar comparaciones a posteriori. La asociación entre una variable cuantitativa y las diferentes dimensiones del MBI se realizó mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Estos análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS 20.0.

El programa WinBugs (Ntzoufras, 2009; Spiegelhalter et al., 1994a, 1994b; Spiegelhalter et al., 2003) fue utilizado para obtener la estimación bayesiana, con distribución inicial no informativa, de la prevalencia, en cada una de las dimensiones del Burnout.

5.5. RESULTADOS

5.5.1. Descripción de la muestra y niveles de Burnout en los profesionales que se incluyen en ella

Se ha realizado el análisis descriptivo de los datos recogidos en la muestra considerada. Dichos análisis incluyen estadísticos descriptivos, medias y desviaciones típicas, así como porcentajes en los que el tipo de variable así lo exigía.

Los análisis realizados arrojan los resultados descriptivos para las variables sociodemográficas y laborales de la muestra considerada, que se presentan en la Tabla 3:

Tabla 3. Valores descriptivos de las variables recogidas en la muestra

Variables		Variables	
Estado civil (n = 663)	% (n)	Realizar guardias (n = 651)	% (n)
Casados	74,2 (492)	Si	33,6 (219)
Separados o divorciados	7,1 (47)	No	66,4 (432)
Solteros	18,1 (120)	Realizar gestión (n = 659)	% (n)
Viudos	0,6 (4)	Si	5,5 (36)
Hijos (n = 664)	% (n)	No	94,5 (623)
No tiene hijos	21,2 (141)	Antigüedad en el puesto (n= 648)	M (DT)
Tiene un hijo	19,9 (132)		10,59 (9,19)
Tiene dos hijos	45,5 (302)	Antigüedad en la profesión (n = 673)	M (DT)
Tiene tres o más hijos	13,4 (89)		21,55 (8,27)
Ámbito de atención (n = 675)	% (n)	Neuroticismo (n = 673)	M (DT)
Atención primaria	67,7 (457)		27,73 (7,62)
Atención hospitalaria	32,3 (218)	Amabilidad (n = 673)	M (DT)
Servicio (n = 676)	% (n)		45,52 (6,53)
Área quirúrgica	14,9 (101)	Responsabilidad (n = 673)	M (DT)
Área médica	26,3 (178)		46,17 (5,69)
Área materno-infantil	7,5 (51)	Extraversión (n = 673)	M (DT)
Área de urgencias y cuidados críticos	25,3 (171)		42,68 (7,17)
Área de atención primaria	25,9 (175)	Apertura (n = 673)	M (DT)
Turno laboral (n = 669)	% (n)		38,98 (6,86)
Rotatorio	55,2 (369)		
Fijo de mañanas	42,3 (283)		
Fijo de tardes	0,6 (4)		
Fijo de noches	1,9 (13)		

En cuanto a los valores descriptivos de los niveles del Burnout, valorados en cada una de las tres dimensiones que componen dicho síndrome, son los siguientes: el valor medio obtenido en la dimensión Cansancio Emocional fue de 17,96 (DT = 10,97), donde el 41,2% de los participantes presentaban un nivel bajo, el 33,6% un nivel medio y el 25,3% un nivel alto de acuerdo con los puntos de corte establecidos por la adaptación española del MBI (Seisdedos, 1997). En la dimensión Despersonalización

se obtuvo un valor medio de 6,56 (DT = 5,57), donde el 38,6% tenían un nivel bajo, el 31,5% un nivel medio y el 30% un nivel alto. Finalmente, el valor medio que se halló en la dimensión Realización Personal fue de 36,81 (DT = 8,52), donde el 29,7% manifestaban un nivel bajo, el 25,4% un nivel medio y el 44,9% un nivel alto.

5.5.2. Estimación de la Prevalencia de Burnout y Clasificación de los participantes según la Fase de Burnout en la que se encuentran

La prevalencia estimada en alto Cansancio Emocional fue de 21,0%, con un intervalo de credibilidad asociado que oscilaba entre el 18,1% y el 24,1%. En Despersonalización se obtuvo que la prevalencia estimada de valor alto en la citada dimensión fue de 29,7% cuyo intervalo de estimación era de 26,4% a 33,2%. La estimación puntual de la prevalencia para los valores altos de la dimensión Realización Personal, a partir de los datos recogidos en la muestra, fue de 43,9% y su intervalo de estimación asociado entre 40,2% y 47,6%.

Al igual que en el estudio anterior, se utiliza el modelo de fases, tanto considerando la dimensión “Despersonalización”, como sin tener en cuenta dicha dimensión, para clasificar a los participantes. La consideración de la dimensión Despersonalización lleva a una clasificación en ocho fases o estadios en la gravedad del cuadro clínico del Burnout. Por el contrario, la no consideración de dicha dimensión Despersonalización, lleva a una clasificación de la gravedad del trastorno en cuatro fases.

En la tabla siguiente (Tabla 4) se incluyen los datos considerando el modelo completo o incompleto, 8 o 4 fases, según que se contemple uno u

otro de los dos modelos citados. Se incluye así mismo el porcentaje de profesionales, de entre los que participan en este estudio, que se encuentran en cada una de las citadas fases.

Tabla 4. Clasificación de los participantes según el Modelo de Fases

Fases	1	2	3	4	5	6	7	8
Desp,	B	A	B	A	B	A	B	A
R,P,(rev)	B	B	A	A	B	B	A	A
C,E,	B	B	B	B	A	A	A	A
n(%)	62(9,2%)	30(4,4%)	203(30%)	58(8,6%)	56(8,3%)	133(19,7%)	71(10,5%)	63(9,3%)
Fases	1	2	3	4				
R,P,(rev)	B	A	B	A				
C,E	B	B	A	A				
n(%)	92(13,6%)	261(38,6%)	1891(28%)	134(19,8%)				
Desp, Despersonalización; R,P, Realización Personal; C,E, Cansancio Emocional; A, Alto; B, Bajo								

5.5.3. Identificación de grupos de riesgo según las variables sociodemográficas, laborales y de personalidad consideradas en el estudio

La dimensión Cansancio Emocional correlaciona significativamente con los cinco factores de personalidad: Neuroticismo ($r = 0,577$, $p < 0,001$), Amabilidad ($r = -0,371$, $p < 0,001$), Responsabilidad ($r = -0,281$, $p < 0,001$), Extraversión ($r = -0,406$, $p < 0,001$) y Apertura ($r = -0,108$, $p < 0,01$). No se encuentran diferencias estadísticamente significativas en Cansancio Emocional en los diferentes grupos considerados.

En relación con la dimensión Despersonalización, se encontró un valor

promedio significativamente mayor en hombres ($M = 7,68$; $DT = 5,71$) que en mujeres ($M = 5,97$; $DT = 5,41$), $t_{671} = 3,801$, $p < 0,001$. Los enfermeros que trabajan en atención primaria ($M = 7,47$; $DT = 6,01$) manifiestan una Despersonalización significativamente mayor que los que desarrollan su labor en atención especializada ($M = 6,12$; $DT = 5,28$), $t_{378,417} = -2,819$, $p < 0,01$. Sin embargo, cuando se analizan los diferentes servicios considerados, reagrupados como áreas, se encuentran diferencias significativas en alguno de ellos con respecto al área de atención primaria; se obtuvieron diferencias significativas ($F_{BF4, 551,842} = 3,692$, $p < 0,01$) entre los enfermeros que trabajan en el área Materno-Infantil ($M = 4,56$; $DT = 4,71$) y los que trabajan en el área de atención primaria. Los que desarrollan su labor en el área Materno-Infantil, presentan un nivel de Despersonalización inferior que los que se encuentran en el área de atención primaria ($M = 7,59$; $DT = 6,12$), Games-Howell = $-1,750$, $p < 0,01$.

También se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en función de la realización o no de tareas de gestión. Los enfermeros que han realizado alguna tarea de gestión en su ámbito laboral manifiestan una menor Despersonalización ($M = 4,89$; $DT = 4,40$) que los que no han realizado ninguna tarea de gestión ($M = 6,66$; $DT = 5,61$), $t_{41,892} = -2,311$, $p < 0,05$.

La dimensión Despersonalización correlaciona significativamente con la antigüedad en el puesto ($r = 0,099$, $p < 0,05$), Neuroticismo ($r = 0,405$, $p < 0,001$), Amabilidad ($r = -0,482$, $p < 0,001$), Responsabilidad ($r = -0,338$, $p < 0,001$), Extraversión ($r = -0,297$, $p < 0,001$) y Apertura ($r = -0,192$, $p < 0,001$).

En relación con la Realización Personal se obtuvo que los casados ($M = 37,14$; $DT = 8,40$) tenían un nivel mayor que los solteros ($M = 35,43$; $DT = 8,87$), $t_{607} = -1,971$, $p < 0,05$. A la par, los participantes que tenían hijos ($M = 37,17$; $DT = 8,50$) presentaban un nivel de Realización Personal superior que los que no tenían hijos ($M = 35,42$; $DT = 8,44$), $t_{671} = -2,184$, $p < 0,05$. Los enfermeros con turnos laborales fijos ($M = 37,53$; $DT = 8,77$) presentaban una mayor Realización Personal que los que tenían un turno rotatorio ($M = 36,23$; $DT = 8,25$), $t_{664} = -1,967$, $p = 0,05$. Aquellos participantes que han realizado alguna tarea de gestión manifestaban una mayor Realización Personal ($M = 40,14$; $DT = 6,18$) que los que no han realizado dicha gestión ($M = 36,75$; $DT = 8,53$), $t_{43,144} = 3,124$, $p < 0,01$.

La dimensión Realización Personal también correlaciona significativamente con antigüedad en el puesto ($r = -0,108$, $p < 0,01$), Neuroticismo ($r = -0,409$, $p < 0,001$), Amabilidad ($r = 0,424$, $p < 0,001$), Responsabilidad ($r = 0,520$, $p < 0,001$), Extraversión ($r = 0,452$, $p < 0,001$) y Apertura ($r = 0,244$, $p < 0,001$).

5.6. CONCLUSIONES

En lo que respecta al Cansancio Emocional, los sujetos de nuestro estudio presentan niveles intermedios, lo que no resulta extraño debido, probablemente, a que la edad media de antigüedad en el puesto supera los 20 años de servicio.

En este sentido, en la literatura sobre el tema se encuentran resultados contradictorios. Según muchos autores a edades más tempranas los sanitarios son más propensos a sufrir de Burnout (Alacacioglu et al., 2009;

Chen y McMurray, 2001; Nyssen, Hansez, Baele, Lamy y De Keyser, 2003) o lo que es igual, la experiencia les da templeanza en este aspecto (Farber, 1985). No obstante, hay que indicar que otros estudios no han encontrado esta asociación (Vilaregut Puigdesens, Ibáñez Martínez y Abio Roig, 2004) e incluso hay quienes han hallado que el personal más experimentado presentaba niveles más altos (Frade Mera, Vinagre Gaspar y Zaragoza García, 2009; Lin et al., 2009; Losa Iglesias, Becerro de Bengoa Vallejo y Salvadores Fuentes, 2010; Quattrin, Zanini, Nascig, Annunziata, Calligaris y Brusafarro, 2006) por lo que se debe tomar con cautela esta conclusión.

Posiblemente, estos resultados en relación con el Cansancio Emocional, estén motivados por la presencia o no, de otras variables que podrían estar mediando y que, además, están muy relacionadas con el resto de dimensiones del Burnout (Cebriá Andreu, Dormann et al., 2001; Sobrequés, Segura y Rodríguez, 2003; Díaz Echenique et al., 2010), sobre todo las relacionadas con el entorno de trabajo, cuyas exigencias provocan ese cansancio (Demerouti et al., 2000).

Así mismo, en la línea de otros autores, en nuestro estudio se ha obtenido relación, bien positiva, bien negativa, entre el Cansancio Emocional y las distintas dimensiones de la personalidad: el grado de responsabilidad disminuye (Biaggi et al., 2003), el neuroticismo aumenta (McManus, Jonvik, Richards y Paice, 2011), la amabilidad disminuye (Hudek-Knezević, Kalebić Maglica y Krapić, 2011), la extraversión disminuye (McManus et al., 2011) y la apertura disminuye (Gustafsson, Persson, Eriksson, Norberg y Strandberg, 2009). Todo ello tiene sentido y probablemente debido a un retraimiento y acomodamiento en la estructura

sanitaria que favorece la no implicación individual (Heluy de Castro, De Faria, Felipe Cabañero y Castelló Cabo, 2004) de los profesionales sanitarios en relación a los pacientes, en el entorno laboral (Hospital Ibáñez y Guallart Calvo, 2004).

Una dimensión en controversia en cuanto a su interés por el papel, central o no, que ocupa en el estudio del síndrome de Burnout es la Despersonalización. Hay autores que plantean que el Burnout desarrollado por los profesionales no suele ir relacionado con la Despersonalización (Grau et al., 2008) y, sin embargo, es obvio que está presente en buena parte de los profesionales. En este sentido, se encuentran opiniones diferenciales según los autores que trabajan en esta temática. Para unos, el Burnout en teoría no hace distinción entre sexos, sin embargo otros encuentran la situación contraria. De entre los numerosos estudios que hablan de diferencias estadísticamente significativas entre distinto género, se encuentran quienes indican más padecimiento del síndrome por parte de los hombres (Hsu et al., 2010; Maccacaro et al., 2011), y otros encuentran que se desarrolla más por parte de las mujeres (Moreira, Magnago, Sakae y Magajewski, 2009). Nuestros resultados indican que los hombres, profesionales de enfermería que participan en la investigación, presentan niveles superiores de Despersonalización que las mujeres.

Otro dato interesante entre los resultados obtenidos es que los profesionales del área de Atención Primaria tienen niveles más altos de Despersonalización. Este dato no es nuevo, ya que tal a pesar de que Hausmann (2009) habla de los estimulantes que son las áreas rurales para los estudiantes de enfermería, otros estudios afirman que a mayor número de años en este tipo de trabajo se presentan niveles más altos de

Despersonalización lo que conlleva niveles muy bajos de satisfacción laboral (Figueiredo Ferraz, Grau Alberola, Gil Monte y García Juesas, 2012; García et al., 2003), llegando incluso en ciertos casos a presentar repercusiones orgánicas cuantificables en un simple análisis de sangre (Casado et al., 2008; Domínguez Fernández et al., 2012).

Como contrapartida, el área materno-infantil tiene niveles menores al igual que estudios recientes determinan que servicios como los de pediatría y obstetricia y ginecología, presentan poco o ningún nivel de Burnout (Nuñez Beloy et al., 2010).

También cabe destacar la labor que ejercen los cargos intermedios y superiores del personal de enfermería. Está claro que en su mano está que el entorno laboral sea menos hostil con los empleados ya que de no ser así, éstos no estarán contentos con la gestión llevada a cabo (Albaladejo et al., 2004; Pucheu, 2010). Si la gestión no es buena, la calidad asistencial se verá mermada considerablemente, debido a sobrecarga laboral y aumento de la presión sobre los trabajadores y, en definitiva, compañeros (Amutio Kareaga et al., 2008; Deschamps Perdomo et al., 2011; Spooner-Lane y Patton, 2007); en términos de tiempo, su labor limita el contacto de los compañeros con el paciente, provocando que se deshumanice el trato (Hospital Ibáñez et al., 2004). Lo anterior, y el carácter voluntario de este tipo de puestos, probablemente genera un proceso de retroalimentación en la Despersonalización que disminuye sus niveles en estos profesionales (Gil-Monte, García Juesas y Caro Hernández, 2008; Jourdain y Chenevert, 2010).

En lo que a Realización Personal se refiere, varios autores han encontrado resultados similares a los nuestros con anterioridad (Rodríguez López, Fernández Barral, Benítez Canosa, Camino Castiñeiras y Brea Fernández, 2008). A pesar de que los casados tienen más Cansancio Emocional, se sienten más realizados, imaginamos que por una vida más plena (Lin et al., 2009) en la que se incluye el hecho de tener descendencia (Klersy et al., 2007). La turnicidad produce inestabilidad y provoca descenso en la Realización Personal (Jenaro Río, Flores Robaina y González Gil, 2007) y la edad avanzada en la profesión en ocasiones supone una ventaja en este aspecto (Lin et al., 2009) y en otras un hándicap (Gutiérrez Alanis y Martínez Alcántara, 2006), en cuyo caso habría que pensar en si se ha alcanzado algún tipo de promoción temporal o definitiva, como es el caso de quien se dedica a la gestión y administración de servicios sanitarios (Van Bogaert, Clarke, Vermeyen, Meulemans y Van de Heyning, 2009).

Teniendo en cuenta todo esto, se podría decir que niveles adecuados de Realización Personal redundarán en una mejora de la salud física y psíquica del profesional (Nathan, Brown, Redhead, Holt y Jonathan, 2007) y, por consiguiente, en aspectos más globales como la calidad asistencial que ofrecen estos profesionales y la productividad laboral de los mismos (Nayeri, Negarandeh, Vaismoradi, Ahmadi y Faghihzadeh, 2009).

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN.GENERAL

6.1. INTRODUCCIÓN

En primer lugar se quieren incluir unos comentarios, muy breves, sobre el instrumento que se ha utilizado en esta investigación, el MBI, debido a su evidente protagonismo, tanto en ésta como en la mayoría de las investigaciones que se han desarrollado y se desarrollan actualmente sobre el Síndrome de Burnout.

En dicha herramienta se basan todas las conclusiones que se han incluido previamente en este trabajo en los dos estudios presentados, tanto en las valoraciones de las tres dimensiones del Burnout propuestas por Maslach y su equipo de colaboradores –Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal- de los distintos grupos profesionales que participan en la investigación, como en las asociaciones establecidas con otras variables para el avance del estudio del síndrome de Burnout en dichos grupos profesionales.

Existen actualmente tres versiones en uso de la prueba original, ya citadas previamente, la más clásica y que se realiza para la evaluación del síndrome en profesionales de la salud, la dirigida a profesores y una general, dirigida a todo tipo de profesionales, no necesariamente desarrollando un trabajo directamente relacionado con personas.

Que sepamos, existe una única versión del MBI adaptada a población española (Seisdedos, 1997), realizada, editada y distribuida por TEA Ediciones. Dicha adaptación, aunque realizada en su momento, ha dejado de ser utilizada o, al menos, no puede ser legalmente utilizada, debido a que los derechos de distribución de TEA, fuere por el motivo que fuere,

fueron cancelados, de forma que, actualmente, aunque se disponga de dicho material, no es legal su uso.

En el momento en que TEA descatalogó su versión adaptada del MBI, vendió al equipo HUM-0183, del que formo parte, y en el que se desarrolla y dirige esta tesis doctoral, los últimos 3000 ejemplares de dicha prueba, motivo por el cual ha sido posible desarrollar este trabajo. A las limitaciones de esta versión española del MBI, ya citadas, habría que añadir que, si se diera la situación en la que algún profesional deseara seguir utilizándola y tuviera los permisos oportunos, sería necesario, como mínimo, la actualización de la misma -análisis psicométricos y actualización de baremos-, debido al tiempo transcurrido entre su creación y en el caso español, de la fecha en que fue realizada su adaptación.

Todo lo anterior apunta a la necesidad, bien de la actualización psicométrica del mismo MBI, o bien de generación de una nueva prueba de valoración del síndrome de Burnout, en el marco del modelo tridimensional propuesto desde la citada prueba, que parece ser el más universalmente aceptado por los autores que trabajan en esta temática. En definitiva, si el modelo de estructura con el que se está valorando el síndrome de Burnout, es el tridimensional, propuesto desde el MBI, no existe ni versión adaptada a población española de dicho cuestionario, ni prueba alguna desarrollada hasta el momento que pueda servir a los psicólogos españoles para valorar el citado síndrome, con lo que sería conveniente desarrollar una herramienta en este sentido, o bien realizar propuestas teóricas alternativas con la solidez y credibilidad suficientes como para que la comunidad científica en este campo de trabajo las considere viables, sean aceptadas y, por supuesto, sean utilizadas.

Como se ha utilizado el MBI en este trabajo de tesis doctoral, se han realizado al inicio del primer estudio los análisis de fiabilidad, validez y estructura, que indican que, en esta ocasión y en la muestra de participantes en la investigación, el cuestionario de Burnout MBI, mantiene las características psicométricas informadas por las autoras de la prueba original. De este modo se da cumplimiento a las recomendaciones o pautas recomendadas desde diversas investigaciones meta-analíticas en el sentido de ratificar los indicadores psicométricos (Aguayo et al., 2001; Worley et al., 2008). En este trabajo, a la vista de los resultados obtenidos, se entiende que se dan las circunstancias que avalan su uso, y se evitan los problemas de heterogeneidad de resultados en los aspectos psicométricos que diversas investigaciones han puesto de manifiesto en relación con este cuestionario.

Seguidamente se incluyen comentarios encaminados a la presentación resumida y discusión general de los resultados obtenidos en este trabajo de tesis doctoral. Se plantea esta discusión general como la discusión de los objetivos e hipótesis tentativas que se explicitan en el capítulo tercero de este trabajo y que han sido el punto de partida del trabajo empírico ya presentado en los dos capítulos previos –capítulos 4 y 5-.

6.2. OBJETIVO 1.

El primer objetivo que se propuso cubrir en este trabajo de tesis doctoral, citado previamente, es el siguiente:

Realizar una descripción preliminar de los niveles de Burnout en profesionales sanitarios granadinos, en cada una de las tres categorías

profesionales consideradas –médicos y personal de enfermería, enfermeros y auxiliares de enfermería-.

En el primer objetivo se plantea realizar una descripción preliminar de los niveles de Burnout evaluados en los tres colectivos profesionales que participan en nuestra investigación; todos ellos profesionales granadinos. La descripción se ha realizado desde una doble perspectiva, en términos de los promedios de Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal de los tres tipos de participantes y desde la óptica de la clasificación del grupo de sanitarios granadinos, según las fases de Burnout progresivo que padecen (Golembiewski y Munzenrider, 1988).

En este objetivo abarca a tres hipótesis, que se incluyen seguidamente para su discusión.

6.2.1. Hipótesis 1.

H1. Los profesionales sanitarios en centros granadinos son un colectivo muy castigado por el síndrome de Burnout, y presentarán niveles medios-altos, en las dimensiones del síndrome.

Los niveles promedio de Burnout, en las tres dimensiones que componen el síndrome, son intermedios. Dichos valores, lógicamente, al ser valores promedios, son denotativos de un reparto de los profesionales que participan en la investigación, entre los tres niveles citados de las dimensiones del síndrome. Se puede entender el cumplimiento de la primera hipótesis enunciada en este trabajo de Tesis Doctoral pues, si bien es cierto que los promedios son valores intermedios del trastorno, también

lo es que en todos los casos, tanto dimensiones del síndrome como categorías profesionales consideradas, hay un porcentaje que es importante de personas afectadas por los niveles más altos del trastorno. Cabe destacar los porcentajes de valores altos en las tres dimensiones consideradas para este grupo de personas, que son 24,1%, 26% y 39% en Cansancio Emocional, Despersonalización y Realización Personal (baja), respectivamente.

6.2.2. Hipótesis 2.

H2. Los profesionales sanitarios que desarrollan su labor asistencial en centros granadinos, clasificados mediante el modelo de cuatro fases de padecimiento del síndrome de Burnout se repartirán a lo largo de las cuatro etapas de evolución o gravedad del cuadro clínico del síndrome.

Se ha utilizado el modelo de Golembiewski y colaboradores (Golembiewski y Munzenrider, 1988; Golembiewski, Munzenrider y Stevenson, 1986) para clasificar a los profesionales que participan en la investigación, a partir de las puntuaciones que obtuvieron en cada una de las tres dimensiones del Burnout, según el MBI. El modelo de 4 fases se enmarca en la propuesta estructural de Maslach y Jackson (1981) y propone un Burnout progresivo clasificado en cuatro etapas, las que resultan de combinar niveles bajos y altos en las dos dimensiones que muchos autores consideran principales del síndrome, Cansancio Emocional y Realización Personal. En este modelo se desestima el uso de la dimensión Despersonalización por ser, en opinión de algunos investigadores, la menos potente, tanto conceptualmente como en términos de su evaluación.

Se clasifica el grupo completo de participantes, de forma que se obtienen resultados que indican que una parte importante de la muestra de sanitarios granadinos (un 32,9%), se incluyen en una fase avanzada de padecimiento del Burnout progresivo. Como contrapartida se encuentra, también, un importante porcentaje de los sujetos, que se encuentran en fase 1 (29,3%), es decir, presentan bajos niveles de las dos dimensiones del Burnout consideradas por el modelo. En fases intermedias, repartidos de forma casi idéntica, se encuentran el resto de los participantes.

Hay que resaltar que la polémica que se genera en los modelos explicativos de la evolución del síndrome de Burnout, se refiere a la secuencia en la que evolucionan las fases, debido al orden en que entran a ser consideradas las tres dimensiones del síndrome. En este sentido, es cierto que los participantes que se encuentran en fases 2 o 3 del modelo de cuatro fases utilizado, podrían ser diferentes según la perspectiva que se utilice y se cambiara el orden de las dimensiones. Pero también es cierto, que, sea cual sea la ordenación real de dimensiones en la evolución del trastorno, las fases 1 y 4 serían siempre las mismas; niveles bajos y altos, respectivamente, en todas las dimensiones. En este sentido, los resultados son abrumadores por la cuantificación que se han obtenido en términos de porcentaje del grupo que sufre el trastorno en dichas fases inicial y final del mismo.

Los datos recogidos apoyan el planteamiento que se realiza desde la segunda hipótesis de este trabajo de tesis doctoral.

6.2.3. Hipótesis 3

H3. Los profesionales sanitarios que desarrollan su labor asistencial en centros granadinos, clasificados mediante el modelo de ocho fases de padecimiento del síndrome de Burnout, se repartirán a lo largo de las cuatro etapas de evolución o gravedad del cuadro clínico del síndrome.

Al igual que en la hipótesis anterior, la modelización que se ha utilizado del Burnout progresivo se enmarca en el modelo estructural de C. Maslach y su equipo de colaboradores. En este caso, se utilizan las tres dimensiones clásicas del Burnout. Parece unánimemente aceptado que esas serían las dimensiones reales del síndrome, pero lo que no ha sido aceptado de forma unánime, hasta el momento, es la secuencia en la que aparecen dichas dimensiones que constituyen las tres subescalas del MBI.

Si se utiliza la secuencia propuesta por los autores del modelo, sería la Despersonalización la que surge en primer lugar como medida de autoprotección de los profesionales, a la que sigue el Cansancio Emocional y, como consecuencia, baja Realización Personal.

De igual modo que en la hipótesis 2, si la secuencia en la evolución del síndrome fuera diferente, las fases intermedias serían diferentes. Lo que no cambiaría en ningún caso, sea cual sea la secuencia en la que se evoluciona, son las fases primera y última. En el grupo de profesionales sanitarios granadinos cabe resaltar que en estas primera y última fases se encuentran un importante porcentaje de los participantes; más concretamente, el 20,7% y 24%, respectivamente.

Los datos recogidos apoyan el planteamiento que se realiza desde la segunda hipótesis de este trabajo de tesis doctoral.

6.3. OBJETIVO 2.

El segundo objetivo que se planteó en este trabajo de tesis doctoral fué el siguiente:

Estimar la prevalencia del síndrome de Burnout en cada una de las tres categorías de profesionales sanitarios granadinos que participan en la investigación.

En este objetivo se trata de realizar una estimación puntual y por intervalos de la prevalencia del síndrome de Burnout a partir de la muestra de profesionales sanitarios granadinos considerada. Estimada dicha prevalencia se puede concluir acerca del nivel en que se ven afectados estos sanitarios y se puede establecer cual de las tres categorías profesionales consideradas es la más afectada por el síndrome.

Queda desglosado en dos hipótesis, que se discuten seguidamente.

6.3.1. Hipótesis 4 y 5

H4. La prevalencia del Burnout en el grupo de profesionales sanitarios – trabajadores en centros granadinos- participantes en esta investigación, es considerablemente alta.

H 5. El colectivo más castigado de los tres considerados en centros granadinos, es el de profesionales de enfermería. La prevalencia estimada de Burnout para estos profesionales, es alta.

Los resultados que se han obtenido en este trabajo abundan en la idea de que la prevalencia del trastorno es alta en este tipo de profesionales (Albaladejo et al., 2004; Aragón Paredes et al., 2007; Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga, 2009; Ordenes, 2004), con mención especial al hecho de que es alta en los sanitarios, especialmente enfermeros, tanto si desarrollan su labor en Atención Primaria (Cebriá et al., 2001; Molina, García, Alonso y Cecilia, 2003) como si lo hacen en Atención Especializada (Pera y Serra-Prat, 2002; Ramos, Castro y Fernández Valladares, 1999).

En este trabajo, se han obtenido valores de prevalencia estimada de 25,8%, si se trata del grupo completo de profesionales, que pasa a tomar un valor de 32,2% si se trata sólo de enfermeros. A la vista de estos datos, el número de profesionales afectados por el trastorno en su estado más grave, es importante en cualquier caso, y más, si se habla de los profesionales de enfermería.

Los datos recogidos apoyan las dos hipótesis planteadas previamente en esta investigación, asociadas a este segundo objetivo.

6.4. OBJETIVO 3.

El tercer objetivo de este trabajo de tesis doctoral es el siguiente:

Identificar algunos Factores de Riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout en profesionales sanitarios granadinos.

Como se ha indicado previamente en diferentes puntos de este trabajo, cada vez resulta más necesario avanzar en el estudio del síndrome de Burnout, de forma que cuanta más información se disponga de su desarrollo, más fácil será poner remedio al mismo. En este tercer objetivo se trata de identificar algunos factores de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout, en los profesionales que se incluyen en la muestra utilizada.

El objetivo queda desglosado en tres hipótesis que se discuten seguidamente.

6.4.1. Hipótesis 6

H6. Los factores sociodemográficos serán factores de riesgo de padecer Burnout en los profesionales sanitarios granadinos.

De acuerdo con Kanai-Pak, Aiken, Sloane y Poghosyan (2008) y Lin, St. John y McVeigh (2009), la edad parece ser un factor de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout. En nuestros resultados se encuentra que existen diferencias significativas desde el punto de vista estadístico en la variable edad –entre sujetos de primer y último cuarto de la distribución de frecuencias-.

A diferencia de otros autores (Atance, 1997; Bekker, Croon y Bressers, 2005; De la Fuente, García, Ortega y De la Fuente, 1994; Gil, Peiró y Valcárcel, 1996; Kushnir y Melamed, 1992; Leiter, Clark y Durup, 1994; Lozano y Montalban, 1999; Muñoz, Gómez, García, Bono y Pérez, 2001) no se han encontrado diferencias significativas en la variable género.

Como se ha indicado anteriormente, este resultado se puede deber a que se ha utilizado una muestra mayoritariamente de mujeres, lo que hace que sea de dudosa representatividad del colectivo de hombres profesionales de las características de los participantes en la investigación.

Nuestros resultados indican, a diferencia de los encontrados en otros trabajos de investigación publicados (Tello, Tolmos, Vállez y Vázquez, 2002), que no existen diferencias estadísticamente significativas en la variable estado civil.

Según lo anterior, la hipótesis planteada se cumple parcialmente. Por una parte se han encontrado diferencias que esperábamos encontrar y, por otra, no se encuentran algunas que si esperábamos encontrar y que se incluyen posteriormente en el diseño del segundo estudio desarrollado en esta Tesis Doctoral.

6.4.2. Hipótesis 7

H7. La variable categoría profesional será un factor de riesgo de padecer Burnout en los profesionales sanitarios granadinos.

En lo que respecta a la variable categoría profesional se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre el colectivo de enfermeros y el de médicos y, también, se encuentran diferencias entre el colectivo de enfermeros y el de auxiliares de enfermería. Los resultados que se han obtenido están en la línea de los encontrados por otros autores (Amutio Kareaga, Ayestaran Exeberria y Smith, 2008; Bernardi, Catania y

Marceca, 2005); al parecer, el colectivo más castigado en el sentido de padecer mayores niveles de Burnout es el de profesionales de enfermería.

Los resultados obtenidos apoyan el planteamiento realizado en esta séptima hipótesis.

6.4.3. Hipótesis 8

H 8. El tipo de dedicación será un factor de riesgo de padecer Burnout en los profesionales sanitarios granadinos.

No hemos encontrado investigaciones cuyos resultados indiquen que existan diferencias significativas en cualquiera de las dimensiones del Burnout entre profesionales que atienden a personas mayores, de forma diferencial con el resto de profesionales sanitarios. Si bien es cierto que nuestros datos nos permiten concluir que en estos profesionales que trabajan en centros geriátricos, se dan circunstancias que inciden en que los niveles de Burnout pueden ser diferentes.

El tipo de trabajo que se desarrolla en centros geriátricos hace que, a pesar de que los enfermeros que trabajan en ellos suelen estar, generalmente, muy motivados, el entorno laboral en si mismo e incluso el entorno social de los pacientes resultan ser elementos estresantes para los profesionales (De Guzman, 2009; Pereda-Torales et al., 2009) y no es raro que se sientan cansados y menos realizados que los profesionales sanitarios que desarrollan su labor en otros ámbitos. El hecho de cuidar a los ancianos, a veces, en condiciones precarias, puede derivar en un Cansancio Emocional considerable (Jenull, Brunner, Ofner, y Mary, 2008), que, como se ha

indicado con anterioridad, se puede ver incrementado debido, también, a otros factores, por ejemplo, entrar en conflicto con familiares de los ancianos (Abrahamson, Sutor y Pillemer, 2009) e incluso con otros profesionales enfermeros (Ejaz, Noelker, Menne y Bagaka, 2008; Hsu et al., 2010; Lin et al., 2009).

El personal que atiende a personas mayores, en nuestra investigación, está menos cansado que los que no lo hacen. En este sentido hay que destacar el hecho de que la media de edad del personal en centros geriátricos es mucho menor que en los hospitales, al contrario de lo que sucede en otros países, lo que puede ser el motivo de los resultados obtenidos en cuanto al Cansancio Emocional (Kanai-Pak et al., 2008).

Los resultados obtenidos apoyan el planteamiento propuesto desde esta octava hipótesis.

6.5. OBJETIVO 4.

El cuarto objetivo propuesto al inicio de este trabajo de tesis doctoral fue el siguiente:

Describir los niveles de Burnout centrándonos en profesionales de enfermería de la Comunidad Autónoma Andaluza.

En este objetivo se quieren describir los niveles de Burnout de los profesionales de enfermería andaluces. El citado objetivo se concreta en la hipótesis que se explicita seguidamente.

6.5.1. Hipótesis 9

H9. Los profesionales de enfermería que desarrollan su labor asistencial en centros públicos del Servicio Andaluz de Salud presentan niveles medios-altos de Burnout.

Se han encontrado niveles promedio de Burnout intermedios en el grupo de participantes. Los promedios de las tres dimensiones del Burnout, en términos de puntuaciones directamente asignadas por el MBI, en nuestro grupo de participantes fueron 17,96 en Cansancio Emocional, 6,56 en Despersonalización y 36,81 en Realización Personal con desviaciones típicas 10,97, 5,57 y 8,53, respectivamente. Dichos promedios, aparentemente indicativos de niveles medios de Burnout, pueden resultar equívocos, debido a que, como cualquier promedio, enmascaran las puntuaciones altas. Entre nuestros participantes se encuentran porcentajes importantes de valores altos en Cansancio Emocional (25,3%) y Despersonalización (30%), de los participantes; de igual modo, se encuentra que un 29,7% de los sujetos tienen una baja Realización Personal.

Las cifras anteriores, refrendan la hipótesis planteada y son valores que indican que una parte importante de los profesionales están afectados por el síndrome.

6.6. OBJETIVO 5.

El quinto objetivo que se plantea en esta investigación fue el siguiente:

Estimar la prevalencia del Burnout en enfermeros andaluces.

Este objetivo se plantea debido a que se considera de gran interés el conocimiento más en profundidad de la situación de los servicios de salud andaluces. En este caso, se quiere estimar la prevalencia de Burnout en el colectivo profesional que nos interesa, el de enfermeros andaluces.

El quinto objetivo se concreta en la hipótesis 10 que se incluye a continuación.

6.6.1. Hipótesis 10

H10. La prevalencia estimada del Burnout en profesionales de enfermería del Servicio Andaluz de Salud es media-alta.

Se han obtenido prevalencias estimadas de 21% en el nivel alto de Cansancio Emocional de 29,7% en Despersonalización y de 43,9% en Realización Personal. A la vista de los resultados obtenidos, los valores de prevalencia estimada para los enfermeros andaluces, en las dimensiones del síndrome, son cifras importantes en la medida en que afectan a una parte importante de este colectivo profesional.

A la vista de la información recabada y los resultados que se derivan tras el análisis de dicha información, todo parece indicar que la H10 puede ser una hipótesis de trabajo realista. Nuestros datos parecen apoyar la citada hipótesis.

6.7. OBJETIVO 6.

El sexto objetivo que se planteó al inicio de este trabajo de tesis doctoral, fué el siguiente:

Identificar algunos Factores de Riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout en enfermeros de la Comunidad Autónoma Andaluza.

6.7.1. Hipótesis 11, 12 y 13

H11. Algunas variables sociodemográficas serán factores de riesgo de padecer Burnout en profesionales de enfermería el Servicio Andaluz de Salud.

H 12. Algunas variables propias del entorno laboral serán factores de riesgo de padecer Burnout en profesionales de enfermería el Servicio Andaluz de Salud.

H 13. Las variables de personalidad son covariantes relacionadas con los niveles de Burnout que presentan los profesionales de enfermería el Servicio Andaluz de Salud.

Se han encontrado diferencias en Despersonalización en diferentes variables, lo que apunta a la existencia de distintos factores de riesgo que podrían ser considerados en el análisis de la evolución del padecimiento del trastorno. En la línea de autores como Grau, Flichtentrei et al. (2008), se encuentra que los hombres despersonalizan más que las mujeres.

Cabe destacar que los profesionales de Atención Primaria presentan niveles significativamente mayores de Despersonalización que los que desarrollan su labor en atención especializada, con especial mención al área materno-infantil que tiene niveles significativamente menores que el resto de profesionales. Estos resultados están en consonancia con los informados por otros investigadores (Nuñez Beloy et al., 2010).

También hay que resaltar el resultado obtenido en cuanto a la ocupación o no de un cargo de gestión por parte de los profesionales. Los resultados obtenidos indican que los participantes que habían ocupado cargos de gestión en algún momento, presentan niveles de Despersonalización menores que los que no realizaron nunca ese tipo de tareas. Existe mucha literatura sobre el tema en la que se destaca la importancia de la labor que se desarrolla desde un cargo de gestión, tanto por el papel de mediadores que redundan en la calidad de la relación entre las personas que componen los equipos de trabajo, como por la medida en que redundan en la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios (Albaladejo et al., 2004; Amutio Kareaga et al., 2008; Deschamps Perdomo et al., 2011; Pucheu, 2010; Spooner-Lane y Patton, 2007). Los resultados encontrados en este trabajo parecen apoyar estos planteamientos.

En lo que se refiere a la dimensión Realización Personal, se obtienen resultados que están en consonancia con los obtenidos por otros autores (Rodríguez López, Fernández Barral, Benítez Canosa, Camino Castiñeiras y Brea Fernández, 2008). A pesar de que los casados tienen más Cansancio Emocional, hemos encontrado que se sienten más realizados, se podría entender que por razones como las aducidas por Lin et al. (2009), que

habla de una vida más plena (Lin et al., 2009) en la que se incluye el hecho de tener descendencia (Klersy et al., 2007).

Por otra parte, se ha encontrado que el hecho de que estos profesionales desarrollen su trabajo en el sistema de turnos rotatorios es motivo de menor Realización Personal; estos resultados coinciden con los obtenidos por otros autores (Jenaro Río, Flores Robaina y González Gil, 2007).

En cuanto a las variables de personalidad, se han encontrado valores de asociación bajos o intermedios, según la dimensión en la línea de trabajos como los de Biaggi et al. (2003), Gustafsson, Persson, Eriksson, Norberg y Strandberg (2009), Hudek-Knezević, Kalebić Maglica y Krapić (2011) y McManus, Jonvik, Richards y Paice (2011), entre otros.

A la vista de los resultados obtenidos, se puede decir que las hipótesis 11, 12 y 13 se cumplen, al menos, parcialmente. Si bien es cierto que no se han encontrado todas las relaciones que se podrían encontrar, si se puede concluir que se han obtenido algunas muy interesantes y que posibilitan la continuación de este trabajo.

6.7.2. Hipótesis 14

H 14. Identificar un perfil tipo, asociado a niveles bajos, medios y altos de padecimiento del síndrome de Burnout en enfermeros de la comunidad autónoma andaluza.

Con base en los resultados obtenidos, se puede hablar de un perfil preliminar en sanitarios granadinos, con las características, al menos, que se indican a continuación:

Se obtienen niveles medios altos de Cansancio Emocional y Despersonalización, y especialmente altos de Realización Personal en los profesionales que participan en la investigación. La categoría profesional más afectada es la de enfermeros. Son de especial riesgo los que se encuentran por encima del tercer cuartil de edad. Parecen ser un grupo especial de riesgo los que desarrollan su labor asistencial en centros geriátricos.

En cuanto a este perfil inicial para profesionales sanitarios granadinos hay que hacer varias consideraciones, ya incluidas previamente en el estudio 1 de este trabajo de Tesis Doctoral:

1. La muestra estaba limitada, debido al bajo número de profesionales médicos que participaron en la investigación.
2. La muestra también estaba muy limitada debido al bajo número de hombres que participaron en la investigación.
3. A pesar de lo anterior, los resultados parecen indicar claramente mayor prevalencia del trastorno en enfermeros que en el resto de categorías profesionales consideradas.

4. Se tuvieron en cuenta pocas variables sociodemográficas, no obstante se obtiene que la edad es un factor de riesgo de padecimiento del síndrome.

5. Se tuvieron en cuenta pocas variables del entorno laboral, pero se obtuvieron resultados claros en cuanto a que el grupo de personal sanitario que desarrolla su labor en Centros Geriátricos, es susceptible de padecer Burnout de forma diferencial al resto de profesionales sanitarios.

Posteriormente en este trabajo, en el segundo estudio, se focalizó toda la atención en el colectivo de enfermeros, y se completó, en la medida de nuestras posibilidades, la recogida de información, de forma que tanto el número de variables socio demográficas como laborales y de personalidad, utilizadas, fueron más que en el estudio preliminar.

Los resultados obtenidos permiten plantear un posible perfil de riesgo dentro de los enfermeros en centros del Servicio Andaluz de Salud, con las características siguientes:

En la categoría de enfermero, son grupos de riesgo los hombres, mayoritariamente desarrollando su labor en el área de Atención Primaria, solteros separados o divorciados, sin hijos, con turno rotatorio y que no han realizado tareas de gestión. Como complemento a lo anterior hay que indicar que los niveles de Burnout se asocian a la antigüedad en el puesto de trabajo, así como a niveles importantes de los cinco aspectos de personalidad considerados.

En cuanto a este segundo posible perfil de riesgo de padecimiento del síndrome de Burnout en enfermeros andaluces, hemos de hacer las siguientes consideraciones:

1. La muestra ha sido recogida en cuatro provincias andaluzas, Granada, Málaga, Sevilla y Córdoba, aunque es la existencia de datos de 676 profesionales andaluces, y no teniendo indicios de diferencias por provincias, consideramos oportuno realizar esta primera valoración de la información para su inclusión en el presente trabajo de Tesis Doctoral.
2. Se han analizado sólo algunas de las posibles cuestiones que posibilita la muestra recogida, no habiéndose agotado todas las posibles.
3. Los análisis que concluyeron en la no existencia de diferencias significativas entre los grupos considerados, debieran analizarse también desde la perspectiva Bayesiana, puesto que dicho análisis se ha demostrado que puede arrojar luz sobre el tema que nos interesa.

6.8. CONCLUSIONES FINALES

Como resumen último de todo lo informado previamente en este trabajo de Tesis Doctoral, se quieren incluir de forma esquemática los aspectos o resultados más relevantes, que se pueden considerar aportaciones de esta investigación al estudio del Síndrome de Burnout en profesionales sanitarios.

A partir de todo lo anteriormente expuesto, se tienen las tres conclusiones finales siguientes:

1. Los profesionales sanitarios granadinos son un colectivo castigado por el Síndrome de Burnout. Se estima que un 24% de estos profesionales se encuentran en una fase avanzada del Burnout. La prevalencia estimada de Burnout alto es de 25,8% para profesionales sanitarios y pasa a ser del 32,2% cuando se trata de profesionales de enfermería. Los enfermeros son el colectivo más castigado por el síndrome.

2. El personal de enfermería que desarrolla su labor asistencial en centros sanitarios andaluces padece niveles medios-altos de Burnout. Un 25,3% de los enfermeros tienen niveles altos en Cansancio Emocional, un 30% los tienen en la dimensión Despersonalización y un 29,7% de los sujetos tienen una baja Realización Personal. Las prevalencias estimadas son muy altas, en la medida en que son indicadores e que el trastorno afecta a muchos profesionales.

3. El perfil de riesgo que parece vislumbrarse para los profesionales sanitarios, a partir de los resultados obtenidos en esta investigación podría ser el siguiente: enfermero, hombre, mayoritariamente desarrollando su labor en el área de Atención Primaria, soltero separado o divorciado, sin hijos, con turno rotatorio y que no ha realizado tareas de gestión. Como complemento a lo anterior hay que indicar que los niveles de Burnout se asocian a la antigüedad en el puesto de trabajo y a edades más altas, así como a niveles medios de los cinco aspectos de personalidad considerados. Hay que añadir que el grupo de enfermeros que trabaja en centros geriátricos, podría ser un grupo a estudiar de forma diferenciada al resto de profesionales de enfermería.

A partir de los resultados obtenidos en esta Tesis Doctoral, concretados en las conclusiones finales anteriores, el presente trabajo se puede continuar de varias formas.

En primer lugar indicar que las posibilidades de análisis de las variables recogidas son superiores a las incluidas en este trabajo; los análisis realizados se pueden complementar con otros análisis, tanto clásicos como bayesianos. Estos últimos serían de especial interés en el caso de las comparaciones de grupos en los que no se encuentra que existen diferencias estadísticamente significativas.

En segundo lugar, se puede modificar el Modelo de Fases del Burnout progresivo, de forma que su planteamiento sea más acorde a la estructura teórica derivada a partir del MBI, utilizando para clasificar a los profesionales utilizando los puntos de cambio de criterio del MBI, en lugar de los valores promedio del grupo.

En última instancia hay que indicar que todo lo realizado para el colectivo de enfermeros se puede realizar para el resto de colectivo de profesionales sanitarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahamson, K., Suito, J.J. y Pillemer, K. (2009). Conflict Between Nursing Home Staff and Residents' Families Does It Increase Burnout? *Journal of Aging and Health*, 21(6), 895-912.

Afonso, J.M.P. y Gomes, A.R. (2009). Occupational stress in professionals of public security: a study with military agents of the Republican National Guard. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(2), 294-303.

Aguayo, R., Vargas, C., De la Fuente, E.I. y Lozano, L.M. (2011). A meta-analytic reliability generalization study of the Maslach Burnout Inventory. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 343-361.

Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I. y Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18(5), 543-548.

Albaladejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M.E. y Domínguez, V. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516.

Albanesi de Nasetta, S., Tifner, S. y Nasetta, J. (2006). Estrés en odontología. *Acta Odontologica Venezolana*, 44(3), 310-315.

Albar Marín, M.J. y García-Ramírez, M. (2005). Social support and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *European Journal of Psychiatry*, 19(2), 96-106.

Albar, M.J., et al. (2004). Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Enfermería Clínica*, 14(5): 281-285.

Álvarez Quesada, C., Hinojosa, C., Arriaga, A., Carrillo, J.A. y Pernia, I. (2003). El síndrome de burnout o de desgaste profesional. ¿Pueden quemarse los dentistas?. *Gaceta Dental Digital*, (138), 70-79.
Recuperado de:
<http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=205659>

Aluja, A. (1997). Burnout profesional en maestros y su relación con indicadores de salud mental. *Boletín de Psicología*, 55, 47-6

Amutio Kareaga, A., Ayestaran Exeberria, S. y Smith, J. C. (2008). Evaluación del Burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 235-252.

Aragón Paredes, M.B., Morazán Pereira, D. I. y Pérez Montiel, R. (2007). Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello”, León. *Universitas*, 2(2), 33-38.

Argentero, P. y Setti, I. (2011). Engagement and Vicarious Traumatization in rescue workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84(1), 67-75.

Atance, J. C. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71, 293-303.

Aveni, M. y Albani, F. (1992). The Burnout síndrome in the helping professions: A study of socio-sanitary staff working with the elder persons in different geriatric services in Lombardy area. En Via, J. y Portella, E. *La sociedad ante el envejecimiento y la minusvalía*. Vol. I. Barcelona: S.G. Editores.

Ayuso, J.L. y López J. (1993). Síndrome de burnout y SIDA. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 27, 42-46.

Bakker, A.B., Le Blanc, P.M. y Schaufeli, W.B. (2005). Burnout contagion among nurses who work at intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 276-287.

Bakker, A.B. y Heuven, E. (2006). Emotional dissonance, Burnout, and in-role performance among nurses and police officers. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 423-440.

Bakker, B. A., Schaufeli, B.W., Sixma, J., H., Bosweld, W. y Van Dierendock, D. (2000). Patients Demands, Lack of Reciprocity, and Burnout : a Five Year Longitudinal Study among General Practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 21, 425-441.

- Batista, J.B.V., Carlotto, M.S., Coutinho, A.S. y Giraldo da Silva Augusto, L. (2010). Prevalence of Burnout Syndrome and sociodemographic and work factors of elementary education teachers of the City of João Pessoa. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(3), 502-512.
- Beehr, T.A., Farmer, S.J., Glazer, S., Gudanowski, D.M. y Vandan, N. (2003). The enigma of social support and occupational stress. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8(3), 220.
- Bekker, M.H.J., Croon, M.A. y Bressers, B. (2005). Child care involvement, job characteristics, gender and work attitudes as predictors of emotional exhaustion and sickness absences. *Work & Stress*, 19, 221-237.
- Bennett, P., Lowe, R., Matthews, V., Dourali, M. y Tattersall, A. (2001). Stress in nurses: coping, managerial support and work demand. *Stress and Health*, 17,55-63.
- Bentler, P.M. (1990). Fit indexes, Lagrange multipliers, constraint changes and incomplete data in structural models. *Multivariate Behavioral Research*, 25(2), 163-172.
- Best, R.G., Stapleton, L.M., y Downey, R. G. (2005). Core self-evaluations and job burnout: The test of alternative models. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 441-451.

- Biaggi, P., Peter, S. y Ulich E. (2003). Stressors, emotional exhaustion and aversion to patients in residents and chief residents. What can be done? *Swiss Medical Weekly*, 133, 339–346.
- Bollen, K.A. y Long, J.S. (1993). *Testing structural equation models*. Newbury Park, CA: Sage.
- Boyle, A., Grap, M.J., Younger, J. y Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 850-857.
- Brenninkmeyer, V., Van Yperen, N.V. y Buunk, B.P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature?. *Personality and Individual Differences*, 30, 873-880.
- Burke R.J. (1987). Burnout in police work: An examination of the Cherniss model. *Group Organ Studies*. 1987; 12 (2): 174-88.
- Burke, R.J. y Greenglass, E. (1994). A longitudinal study of psychological burnout in teachers. *Human Relations*, 47(30), 1-15.
- Burke, R.J. y Greenglass, E.R. (1989). Correlates of psychological burnout phases among teachers. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 12, 46-62.
- Burke R.J, Shearer, J. y Deszca, E. (1984). Burnout among men and women in police work. *JHHRA*.7: 162-88.

- Burke, R.J., y Richardsen, A.M. (1993). Psychological burnout in organizations. In R.T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of Organizational Behaviour*. New York: Praeger.
- Buunk, P.B., Zurriaga, R., Peiró, J.M., Nauta, A., y Gosalvez, I. (2005) Social comparisons at work as related to a cooperative social climate and to individual differences in social comparison orientation. *Applied Psychology*, 54(1), 61–80
- Byrne, B.M. (1994). Burnout: Testing for the validity, replication, and invariance of causal structure across elementary, intermediate and secondary teachers. *American Educational Research Journal*, 31(3), 645-673.
- Byrne, B.M. (2000). *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications and programming*. New York: Taylor & Francis Group.
- Caballero, M.A., Bermejo, F., Nieto, R. y Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Atencion Primaria*, 27, 313-317.
- Cardona-Arias, J. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín, Colombia, 2009. *Colombia Medica*,42(4), 438-447.

- Casado, A., Castellanos, A., López-Fernández, M.E., Ruíz, R., Aroca, C.G. y Noriega, F. (2008). Relationship between oxidative and occupational stress and aging in nurses of an intensive care unit. *Age*, 30(4), 229-236.
- Castañeda Aguilera, E. y García de Alba García, J.E. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 67-84.
- Cebriá Andreu, J., Sobrequés, J., Segura, J. y Rodríguez, C. (2003). Influencia del desgaste profesional en el gasto farmacéutico de los médicos de atención primaria. *Gaceta sanitaria*, 17(6), 483-489
- Chang, E. y Eddins-Folensbee, F. (2012). Coverdale J Survey of the Prevalence of Burnout, Stress, Depression, and the Use of Supports by Medical Students at One School. *Academic Psychiatry*, 36(3), 177-182.
- Chen, S.M. y McMurray, A. (2001). "Burnout" in intensive care nurses. *Journal of Research in Nursing*, 9(5), 152-164.
- Cherniss, C. (1980a). Professional burnout in human service organizations. Nueva York: Praeger.
- Cherniss, C. (1980b). Staff burnout: Job stress in the human services. Beverly Hills: Sage.

- Chiller, P. y Crisp Beth, R. (2012). Professional Supervision: A Workforce Retention Strategy for Social Work?. *Australian Social Work*, 65(2), 232-242.
- Cordes, C.L. y Dougherty, T.W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18(4), 621-656.
- Córdoba, L., Tamayo, J.A., González, M.A., Martínez, M.I., Rosales, A. y Helena, S. (2011). Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia. *Colombia Medica*, 42(3), 286-293.
- Correa-Correa, Z., Muñoz-Zambrano, I. y Chaparro, A.F. (2010). Síndrome de Burnout en docentes de dos universidades de Popayán, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(4), 589-598.
- De Dios del Valle, R. y Franco Vidal, A. (2007). Prevalencia de burnout entre los profesionales de Atención Primaria, factores asociados y relación con la incapacidad. *Semergen: revista española de medicina de familia*, (2), 58-64.
- De Guzman, A.B., Ching, M.I.D., Chiong, E.M.L., Chua, C.C., Chua, J.E.P. y Dumalasa, M.C. (2009). At the End of the Rainbow, is there Always a Pot of Gold?: Understanding the Labor and Fervor of Filipino Geriatric Nurses. *Educational Gerontology*, 35(12),1057-1075.

- De la Fuente, E.I., Cañadas, G.R., Guàrdia, J. y Lozano, L.M. (2009). Hypothesis Probability or Statistical Significance?. *Methodology: European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 5(1), 35-39.
- De la Fuente, E.I., García, J. y De la Fuente, L. (2002). Estadística Bayesiana en la Investigación Psicológica. *Metodología de las Ciencias del Comportamiento*, 4, 185-200.
- De la Fuente, E.I., García, J. y De la Fuente, L. (2007). ¿Es importante conocer la Estadística Bayesiana si investigamos en Psicología?. En: A. Borges y P. Nieto. *Psicología y Ciencias Afines en los Albores del Siglo XXI*. La Laguna. Grupo Editorial Universitario.
- De Mesquita Silveira, N., et al. (2005). Avaliação de burnout em uma amostra de policiais civis. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(2), 159-163.
- De Pablo Hernández, C. (2007). El síndrome de Burnout y los profesionales sanitarios. *Prevention World Magazine*, (18), 32-38.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. y Schaufeli, B.W. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464.
- Densten, I.L. (2001). Re-thinking burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 22(8), 833-847.

Deschamps Perdomo, A., Olivares Román, S.B., De la Rosa Zabala, K.L. y Asunsolo del Barco, A. (2011). Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(224), 224-241.

Díaz Echenique, M.S., Stimolo, M.I. y Caro, N.P. (2010). Satisfacción laboral y síndrome de desgaste laboral en enfermeros de hospitales públicos de Córdoba-Argentina. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(218), 22-38.

Domínguez Fernández, J.M., Herrera Clavero, F., Villaverde Gutiérrez, C., Padilla Segura, J., Martínez Bagur, M.L. y Domínguez Fernández, J. (2012). Síndrome de desgaste profesional en trabajadores de atención a la salud en el área sanitaria de Ceuta. *Atención primaria*, 44(1), 30-35.

Dormann, C. y Zapf, D. (2001) Job Satisfaction: a meta analysis f Stabilities. *Journal of Organizational Behavior*, 22, 483-504.

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

Ejaz, F.K., Noelker, L.S., Menne, H.L. y Bagaka, J.G. (2008). The impact of stress and support on direct care worker's job satisfaction. *Gerontologist*, 48(Sup1),60-70.

Elliot, J.L., y Smith, N.M. (1984). Burnout: A look at coping with stress. *School Library Media Quarterly*, 141-145.

- Emener, W. G., Luck, R.S., y Gohs, F.X. (1982). A theoretical investigation of the construct burnout. *Journal of Rehabilitation Administration*, 6(4), 188-196.
- Ensiedel, L. y Tully J. Methodological considerations in studying the burnout phenomenon. En: Jones, J. (eds.). (1981). *The burnout syndrome: Current research, theory and interventions*. Londres, Park Ridge III, London House.
- Farber, B.A. (1985) Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *The Clinical Psychologist*, Winter, 10-13.
- Farquharson, B., Allan, J., Johnston, D., Johnston, M., Choudhary, C. y Jones, M. (2012). Stress amongst nurses working in a healthcare telephone-advice service: relationship with job satisfaction, intention to leave, sickness absence, and performance. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1624-1635.
- Figueiredo Ferraz, H., Grau Alberola, E., Gil Monte, P.R. y García Jueas, J.A. (2012). Síndrome de quemarse por el trabajo y satisfacción laboral en profesionales de enfermería. *Psicothema*, 24(2), 271-276.
- Fillion, M.L., Tremblay, I., Truchon, M., Côté, D., Struthers, C.W. y Dupuis, R. (2007). job satisfaction and emotional distress among nurses providing palliative care: empirical evidence for an integrative occupational stress. *International Journal of Stress Management*, 14(1), 1-25.

Flórez Lozano, J. (1994). *Síndrome de "Estar Quemado"*. Barcelona: EdiKaMed

Frade Mera, M.J., Vinagre Gaspar, R. y Zaragoza García, I. (2009). Síndrome de "burnout" en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enfermería intensiva*, 20(4), 131-140.

Franco Justo, C. (2010). Intervención sobre los niveles de "burnout" y resiliencia en docentes de educación secundaria a través de un programa de conciencia plena (mindfulness). *Revista complutense de educación*, 21(2), 271-288.

Freedy, J.R. y Hobfoll, S.E. (1994). Stress inoculation for reduction of burnout: A conservation of resources approach. *Anxiety, Stress & Coping*, 6, 311-325.

Freudenberger, H. (1974). Staff Burn-Out. *The Journal of Social Issues*, 30, 159-165.

Friedman, I.A. (1991). High and low burnout schools: School culture aspects of teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 84(6), 325-333.

Friedman, I.A. (1995). Student behaviour patterns contributing to teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 88, 281-289.

Friedman, I.A. y Farber, B. (1992). Professional self-concept as a predictor of teacher burnout. *Journal of Educational Research*, 86(1), 28-35.

- Friesen, D. y Sarros, J. (1989). Sources of burnout among educators. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 179-188.
- Fuqua, R. y Couture, K. (1986). Burnout and locus of control in child day care staff. *Child & Youth Care Quarterly*, 15(2), 98-109.
- Gandoy-Crego, M., Clemente, M., Mayán-Santos, J.M. y Espinosa, P. (2009). Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(2), 246-249.
- Gao, Y.Q., Pan, B.C., Sun, W., Wu, H., Wang, J.N. y Wang, L. (2012). Depressive symptoms among Chinese nurses: prevalence and the associated factors. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5), 1166-1175.
- García-Izquierdo, M., Castellón, M., Albadalejo, B., y García, A. L. (1993). Relaciones entre burnout, ambigüedad de rol y satisfacción laboral en personal de banca. *Psicología del Trabajo y Organizaciones*, 11(24), 17-26.
- García-Izquierdo, M., y Velandrino, A. P. (1992). EPB: Una escala para la evaluación del burnout profesional de las organizaciones. *Anales de Psicología*, 8(1-2), 131-138.
- Garcés de los Fayos Ruiz, E.J. y Peinado Portero, A.I. (1998). Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer: El síndrome del asistente desasistido. *Anales de psicología*, 14(1), 83-93.

- García, J.M., Herrero, S., and León, J.L. (2007). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. *Apuntes de Psicología*, 25, 157-174.
- García, M., Llor, B. y Sáez, C. (1994). Estudio comparativo de dos medidas de burnout en personal sanitario. *Anales de Psiquiatria*, 10, 180-184.
- García, M., Sobrequés, J., Segura, J., Rodríguez, C., Juncosa, S. y Cebrià Andreu, J. (2003). La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Atención primaria*, 31(4), 227-233.
- Garden, A.M. (1989). Burnout: The effect of psychological type on research findings. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 223-234.
- Gebhardt, W.A. y Brosschot, J.F. (2005). Desirability of control: psychometric properties and relationships with locus of control, personality, coping, and mental and somatic complaints in three Dutch samples. *European Journal of Personality*, 16(6), 423-439.
- Gelsema, T.I., Van der Doef, M., Maes, M., Akerboom, S. y Verhoeven, C. (2005). Job stress in the nursing profession: The influence of organizational and environmental conditions and job characteristics. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12, 39-47.

- Gervás, J.J. y Hernández, M. (1989). Enfermedad de Tomás. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 93, 572-575.
- Gil-Monte, P.R. (2002). Validez factorial de la adaptación al español del Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS) en una muestra de policías municipales. *Salud Pública de México*, 44(1), 33-40.
- Gil, P.R. y Moreno, B. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). Grupos Profesionales de Riesgo*. Madrid, Pirámide.
- Gil, P.R., Peiró, J.M. y Valcárcel, P. (1996). Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de burnout: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 6(2), 43-63.
- Gillespie, D. F. y Numerof, R. E. (1984). *The Gillespie-Numerof Burnout Inventory: Technical manual*. St. Louis: Washington University.
- Gil-Monte P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) Una enfermedad laboral en la sociedad de bienestar*. Psicología Pirámide.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J.M. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268.

- Gil-Monte, P.R. (2001). Falta de reciprocidad en los intercambios sociales como antecedente del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería: Un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11(1), 21-31.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P.R. y Peiró, J.M. (1998). A study on significant sources of the “burnout syndrome” in workers at occupational centres for the mentally disabled. *Psychology in Spain*, 2(1), 116-122.
- Gil-Monte, P.R., Carlotto, M.S. y Gonçalves Camara, S. (2011). Prevalence of burnout in a sample of Brazilian teachers. *European journal of psychiatry*, 25(4), 205-212.
- Gil-Monte, P.R., García Juegas, J.A. y Caro Hernández, M. (2008). Influencia de la sobrecarga laboral y la autoeficacia sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Interamerican Journal of Psychology*, 42(1), 113-118.
- Gingras, J., De Jonge, L.A. y Purdy, N. (2010). Prevalence of dietitian burnout. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 23 (3), 238-243.

- Gold, Y., Roth, R. A., Wright, C. R., Michael, W. B., y Chen, C. Y. (1992). The factorial validity of a teacher burnout measure (educators' survey) administered to a sample of beginning teachers in elementary and secondary schools in California. *Educational and Psychological Measurement, Inc.*, Vol. 53, pp. 761-768.
- Golembiewski, R., Boudreau, R., Goto, K. y Murai, T. (1993). Transnational perspective on job burnout: Replication of phase model results among japanese respondents. *International Journal of Organizational Analysis*, 1, 7-27.
- Golembiewski, R.T. y Munzenrider, R. (1984a). Active and passive reactions to psychological burnout: Toward greater specificity in a phase model. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 7, 264-8.
- Golembiewski, R.T. y Munzenrider, R. (1984b). Phases of psychological burnout and organizational covariants. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 6, 290-323.
- Golembiewski, R.T. y Munzenrider, R. (1988). *Phases of burnout: Developments in concepts and applications*. Westport, Praeger.
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. y Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behavioral Science*, 19(4), 461-481.

Golembiewski, R.T., Munzenrider, R. y Stevenson, J.G. (1986). *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*. Nueva York: Praeger.

Gómez Sánchez, M.C., et al. (2009). Estudio de seguimiento del desgaste profesional en relación con factores organizativos en el personal de enfermería de medicina interna. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 55(215), 52-62.

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats i Ferrer, M. y Braga, F. (2008). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. *Informació psicològica*, (91-92), 64-79.

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230.

Green, D.E. y Walkey, F.H. (1988). A confirmation of the three-factor structure of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 48, 579-585.

Greenglass, E. R., Burke, R. J. y Moore, K. A. (2003). Reactions to increased workload: Effects on professional efficacy of nurses. *Applied Psychology*, 52(4), 580-597.

- Greenglass, E.R., Burke, R.J. y Ondrack, M. (1990). A gender role perspective of coping and burnout. *Applied Psychology*, 39(1), 5-27.
- Griep, R.H., Rotenberg, L., Landsbergis, P. y Vasconcellos-Silva, P.R. (2011). Uso combinado de modelos de estrés en el trabajo y la salud auto referida en la enfermería. *Revista de Saúde Pública*, 45(1), 145-152.
- Guàrdia, J., De la Fuente, E.I. y Lozano, L.M. (2008). Bayesian Inference for Binomial Populations. Bayesian Estimation for child Depression Prevalence. *Advances and Applications in Statistics*, 9(1), 13-35.
- Gustafsson, G., Persson, B., Eriksson, S., Norberg, A. y Strandberg, G. (2009). Personality traits among burnt out and non-burnt out health-care personnel at the same workplaces: a pilot study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(5), 336-348.
- Gutiérrez Alanis, M.T. y Martínez Alcántara, S. (2006). Burnout en enfermeras oncológicas mexicanas. *Salud de los Trabajadores*, 14(1), 19-30.
- Hallberg, U.E., Johansson, G. y Schaufeli, W.B. (2007). Type A behavior and work situation: Associations with burnout and work engagement. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 135–142.

- Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M. y Aro, A. (2004). Burnout patterns in rehabilitation: short-term changes in job conditions, personal resources, and health. *Journal of Occupational Health Psychology, 9*(3), 220-237.
- Hausmann, C. (2009). Burnout symptoms in Austrian student nurses in their third year of training. *Pflege, 22*(4), 297-307.
- Heluy de Castro, C., De Faria, T., Felipe Cabañero, R. y Castelló Cabo, M. (2004). Humanización de la atención de enfermería en el quirófano. *Index de Enfermería, 13*(44-45), 18-20.
- Henkens, K. y Leenders, M. (2008). Burnout e intenciones de jubilación anticipada entre empleados mayores. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, 24*(3), 325-346.
- Herruzo Cabrera, J. y Moriana Elvira, J.A. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*(3), 597-621.
- Hoelter, J.W. (1983). Factorial Invariance and Self-Esteem: Reassessing Race and Sex Differences. *Social Force, 61*(3), 835-846.
- Holland, P.J. y Michael, W.B. (1993). The concurrent validity of the Holland Burnout Assessment Survey for a sample a middle school teachers. *Educational and Psychological Measurement, 53*, 1067-1077.

- Hospital Ibáñez, M. y Guallart Calvo, R. (2004). Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida. *Index de Enfermería*, 13(46), 49-53.
- Hsu, Y., Chen, S.H., Yu, H.Y. y Lou, J.H. (2010). Job stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1592–1601.
- Hudek-Knezević, J., Kalebić Maglica, B. y Krapić, N. (2011). Personality, organizational stress, and attitudes toward work as prospective predictors of professional burnout in hospital nurses. *Croatian Medical Journal*, 52(4), 538-549.
- Huebner, E.S. (1993). Professionals under stress: A review of burnout among the helping professions with implications for schools psychologists. *Psychology in the Schools*, 30(1), 40-49.
- Iwanicki, E.F. y Schwab, R.L. (1981). A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 41, 1167-1174.
- Jenaro Río, C., Flores Robaina, N. y González Gil, F. (2007). Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International journal of clinical and health psychology*, 7(1), 107-120.
- Jenull, B., Brunner, E., Ofner, M. y Mary, M. (2008). Burnout and Coping in long term care units. A regional comparison in registered nurses. *Pflege*, 21(1), 16-24.

- Jofré Aravena, V. y Valenzuela, S. (2005). Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Aquichan*, (5), 56-63.
- Jourdain, G. y Chenevert, D. (2010). Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 709-722.
- Kalliath, T.J., O'Driscoll, M.P., Gillespie, D.F. y Bluedorn, A.C. (2000). A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. *Work & Stress*, 14(1), 35-50.
- Kanai-Pak, M., Aiken, L.H., Sloane, D.M. y Poghosyan, L. (2008). Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction and quality deficits in Japanese hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 17(24), 3324-3329.
- Kanste, O., Miettunen, J. y Kyngäs, H. (2006). Factor structure of the Maslach Burnout Inventory among Finnish nursing staff. *Nursing and Health Sciences*, 8, 201-207.
- Kheiraoui, F., Gualano, M.R., Mannocci A., Boccia, A. y La Torre, G. (2012). Quality of life among healthcare workers: A multicentre cross-sectional study in Italy. *Public Health*, 126(7), 624-629.
- Kim, H. y Ji, J. (2009). Factor structure and longitudinal invariance of the Maslach Burnout Inventory. *Research on Social Work Practice*, 19, 325-339.

- Kim, H., Ji, J. y Kao, D. (2011). Burnout and Physical Health among Social Workers: A Three-Year Longitudinal Study. *Social Work, 56*(3), 258-268.
- Kitaoka-Higashiguchi, K., Nakagawa, H., Morikawa, Y., Ishizaki, M., Miura, K., Naruse, Y., Kido, T. y Higashiyama, M. (2004). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Stress and Health, 20*, 255–260.
- Klersy C, et al. (2007). Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy--a multicentre study. *Nephrology Dialysis Transplantation, 22*(8), 2283-2290.
- Kline, R.B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Kokkinos, C.M. (2006). Factor structure and psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Educators Survey among elementary and secondary school teachers in Cyprus. *Stress and Health, 22*, 25-33.
- Kushnir, T. y Melamed, S. (1992). The Gulf War and its impact on burnout and wellbeing of working civilians. *Psychological Medicine, 22*(4), 987-995.
- Lang, J.C. y Lee, C.H. (2005). Identity accumulation, others' acceptance, job-search self-efficacy and stress. *Journal of Organizational Behavior, 26*, 293-312.

- Langballe, E.M., Falkum, E., Innstrand, S.T. y Aasland, O.G. (2006). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory- General Survey in representative samples of eight different occupational groups. *Journal of Career Assessment*, 14(3), 370-384.
- LeCroy, C.W. y Rank, M.R. (1986). Factors associated with burnout in the services: An exploratory study. *Journal of Social Service Research*, 10(1), 23-39.
- Lee, R.T. y Ashforth, B.E. (1993a). A further examination of managerial burnout: Toward an integrate model. *Journal of Organizational Behavior*, 14, 3-20.
- Lee, R.T. y Ashforth, B.E. (1993b). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers-comparisons between the Leiter and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54(3), 369-398.
- Leiter, M., Clark, D. y Durup, J. (1994). Distinct models of burnout and commitment among men and women in the military. *Journal of Applied Behavioral Science*, 30(1), 63-82.
- Leiter, M.P. (1988a). Burnout as a function of communication patterns: A study of a multidisciplinary mental health team. *Group & Organization Management*, 13(1), 111-128.

- Leiter, M.P. (1988b). Commitment as a function of stress reactions among nurses: A model of psychological evaluations of work settings. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, 117-234.
- Leiter, M.P. (1991a). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12(2): 123-144.
- Leiter, M.P. (1991b). The dream denied: Professional burnout and the constraints of human service organizations. *Canadian Psychology*, 32(4), 547-558.
- Leiter, M.P. (1991c). The impact of family resources, control coping, and skill utilization on the development of burnout: A longitudinal study. *Human Relations*, 43(11), 1067-1083.
- Leiter, M.P. (1992). Burn-out as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work & Stress*, 6(2): 107-116.
- Leiter, M.P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. En W.B. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis. 237-250.
- Leiter, M.P. y Maslach C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9(4), 297-308.

Lin, F., St. John, W. y McVeigh, C. (2009). Burnout among hospital nurses in China. *Journal of Nursing Management*, 17(3 Sp.): 294-301.

López-Araújo, B., Osca-Segovia, A. y Rodríguez Muñoz, M.F. (2008). Estrés de rol, implicación con el trabajo y burnout en soldados profesionales españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 40(2), 293-304.

Lorenz, V.R., Benatti, M.C.C. y Sabino, M.O. (2010). Burnout y estrés en enfermeros de un hospital universitario de alta complejidad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1084-1091.

Losa Iglesias, M.E., Becerro de Bengoa Vallejo, R. y Salvadores Fuentes, P. (2010). The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 30-37.

Lozano, L.M., et al. (2008). Descripción de los niveles de Burnout en diferentes colectivos. *Aula Abierta*, 36(1-2), 79-88.

Luecken, L. y Edward, C. (1997). Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 352-359.

- Maccacaro, G., Di Tommaso, F., Ferrai, P., Bonatti, D., Bombana, S. y Merseburger, A. (2011). The effort of being male: a survey on gender and burnout. *La Medicina del Lavoro*, 102(3), 286-296.
- Manojlovich, M. (2005). Linking the practice environment to nurses' job satisfaction through nurse-physician communication. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 367-373.
- Manso-Pinto, J.F. (2006). Estructura factorial del Maslach Burnout Inventory- version Human Services Survey- en Chile. *Revista Interamericana de Psicología*, 40, 115-118.
- Marion da Silva, R., Colomé Beck, C.L., Bosi de Souza Magnago, T.S., Sampaio Carmagnani, M.I., Petri Tavares, J. y Cassol Prestes, F. (2011). El trabajo nocturno y su repercusión en la salud de los enfermeros. *Escola Anna Nery*, 15(2), 270-276.
- Marrau, M. (2009). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en humanidades*, (19), 167-177.
- Martínez León, M.M., Rosat Velasco, E., Martínez León, C., Martínez Fernández, P. y Queipo Burón, D. (2008). Absentismo laboral hospitalario del área sanitaria este de Valladolid como indicador del estrés de los profesionales sanitarios ("síndrome de burn-out"). *Revista de la Sociedad Española de Medicina y Seguridad del Trabajo*, 3(1), 5-12.

Martinussen, M. y Richardsen, A.M. (2003). Air traffic controller burnout: Survey responses regarding job demands, job resources, and health. *Aviation Space and Environmental Medicine*, 77 (4), 422-428.

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

Maslach, C. (1978). Job burnout. How people cope. *Public Welfare*, 36(2), 56-59.

Maslach, C. y Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto California: Consulting Psychology Press.

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981a). Maslach Burnout Inventory. Research Edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981b). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2, 99-113.

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

Maslach, C. y Jackson, S.E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12, 835-851.

Maslach, C., Jackson, S.E., y Leiter, M.P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Maslach, C., Schaufeli, W. y Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Matos Nuno, F., Winsley Richard, J. y Williams Craig, A. (2011). Prevalence of Nonfunctional Overreaching/Overtraining in Young English Athletes. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 43(7), 1287-1294.
- Matthews, D.B. (1990). A comparison of burnout in selected occupational fields. *Career Development Quarterly*, 38(3), 230-239.
- McGrath, A., Reid, N. y Boore, J. (2003). Occupational stress in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 555-565.
- McManus, I.C., Jonvik, H., Richards, P. y Paice, E. (2011). Vocation and avocation: leisure activities correlate with professional engagement, but not burnout, in a cross-sectional survey of UK doctors. *BMC Medicine*, 9, 1-18.
- Meda, R.M., Moreno, B., Rodríguez, A., Morante, E. y Ortiz, G.R. (2008). Análisis factorial confirmatorio del MBI-HSS en una muestra de psicólogos mexicanos. *Psicología y Salud*, 18, 107-116.
- Meier, S.T. (1984). The construct validity of burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 57(3), 211-220.

- Melita Rodríguez, A., Cruz Pedreros, M. y Merino, J.M. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 14(2), 75-85.
- Merín, J., Cano, A. y Miguel, J.J. (1995). El estrés laboral: Bases teóricas y marco de intervención. *Ansiedad y Estrés*, 1(2-3), 113-130.
- Miller, K., Birkholt, M., Scott, C. y Stage, C. (1995). Empathy and burnout in human service work: An extension of a communication model. *Communication Research*, 22(2), 123-147.
- Mingote, J.C., Moreno, B. y Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 123(7), 265-270.
- Mingote, J.C., y Pérez Corral, F. (1999). Síndrome del “burnout” o de desgaste profesional. En: Mingote Adán, J.C. y Pérez Corral F, (Ed). El estrés del médico. Manual de autoayuda. Madrid: Diaz de Santos.
- Miró Morales, E., Solanes Puchol, A., Martínez Narváez-Cabeza de Vaca, P., Sánchez, A.I. y Rodríguez Marín, J. (2007). Relación entre el burnout o "Síndrome de quemarse por el trabajo", la tensión laboral y las características del sueño. *Psicothema*, 19, (3), 388-394.
- Moreira, D.S., Magnago, R.F., Sakae, T.M. y Magajewski, F.R. (2009). Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in south of Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 25(7):1559-1568.

- Moreno, B. y Oliver, C. (1993). *El M.B.I. como escala de estrés en profesiones asistenciales: Adaptación y nuevas versiones*. En: Porns, M. y Anguera, M.T. (eds.). *Aportaciones a la evaluación psicológica*. Barcelona, P.P.U.; p. 161-174.
- Moreno, B., Oliver, C. y Aragoneses, A. (1991). El “burnout”, una forma específica de estrés laboral. En: G. Buela Casal y V.E. Caballo (eds.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 271-284). Madrid: Siglo XXI.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa Hernández, E., Rodríguez Carvajal, R., Martínez Gamarra, M. y Ferrer Puig, R. (2009). El Burnout del Profesorado Universitario y las intenciones de abandono: un estudio multi-muestra. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 25(2), 149-163.
- Msaouel, P., et al. (2010). Burnout and training satisfaction of medical residents in Greece: will the European Work Time Directive make a difference? *Human Resources for Health*, 8(1), 16.
- Nagy, S. y Nagy, M.C. (1992). Longitudinal examination of teachers burnout in a school district. *Psychological Reports*, 71(2): 523-531.
- Nathan, R., Brown, A., Redhead, K., Holt, G. y Jonathan, H. (2007). Staff responses to the therapeutic environment: A prospective study comparing burnout among nurses working on male and female wards in a medium secure unit. *Journal of Forensic Psychiatric & Psychology*, 18(3), 342-352.

Nayeri, N.D., Negarandeh, R., Vaismoradi, M., Ahmadi, F. y Faghihzadeh, S. (2009). Burnout and productivity among Iranian nurses. *Nursing & Health Science*, 11(3), 263-270.

Nebot X, et al. (1995) Los médicos y el síndrome de agotamiento profesional (Burnout). *Medicina Integral*, 25(7), 324-328.

Ntzoufras, I. (2009). *Bayesian modeling using WinBUGS*. New Jersey: Wiley & Sons.

Nuñez Beloy, J., Castro Muñoz, S., Lema Ferro, M., Alvaredo López, S., Valcarcel Torre, L., Alvarez López, L. y Antas Noche, S. (2010). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital. *Revista de la Sociedad Española de Salud Laboral en la Administración Pública*, 2(10), 23-27.

Nyssen, A.S., Hansez, I., Baele, P., Lamy, M. y De Keyser, V. (2003). Occupational stress and burnout in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 90,333–337.

Oh, S.H. y Lee, M. (2009). Examining the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory with a sample of child protective service workers in Korea. *Children and Youth Services Review*, 31, 206-210.

Olabarría, B. (1995). El síndrome de "burnout" ("quemado") o del cuidador descuidado. *Ansiedad y Estrés*, 1(2-3), 189-194.

- Ordenes, N. (2004) Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Revista Chilena de Pediatría*, 75(5), 449-454.
- Ortega Ruiz, C., López Ríos, F. y Gómez Martín, S. (2008). Intervención psicológica sobre el desgaste profesional de los profesionales sanitarios de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Universitario Gregorio Marañón. *Medicina paliativa*, 15(2), 93-97.
- Ortega, C. y López Ríos, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Papadatou, D., Anagnostopoulos, F. y Monos, D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology*, 67, 187-199.
- Paschoalini, B., Martins Oliveira, M., Cândida Frigério, M., Ribeiro Pereira Dias, A.L. y Heloísa dos Santos, F. (2008). Efectos cognitivos y emocionales del estrés ocupacional en profesionales de enfermería. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(3), 487-492.
- Pedrabissi, L., Rolland, J.P. y Santinello, M. (1994). Stress and burnout among teachers in Italy and France. *Journal of Psychology*, 127(5), 529-535.
- Peiró, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.

- Peisah, C., Latif, E., Wilhelm, K. y Williams, B. (2009). Secrets to psychological success: why older doctors might have lower psychological distress and burnout than younger doctors. *Aging & Mental Health*, 13(2), 300-307.
- Pereda-Torales, L., Celedonio, F.G.M., Vásquez, M.T.H. y Yáñez Zamora, M.I. (2009). Burnout syndrome in medical practitioners and paramedic personal. *Salud Mental*, 32(5), 399-404.
- Pérez Nieto, M.A., Cano Vindel, A., Miguel Tobal, J.J., Camuñas, N., Sayalero, M.T., y Blanco, J.M. (2001). La ansiedad, la ira y el estrés asistencial en el ámbito hospitalario: un estudio sobre sus relaciones y la eficacia del tratamiento. *Ansiedad y Estrés*, 7(2-3), 247-257.
- Pérez Soriano, J. (2009). Seguridad y salud en los docentes. *Gestión práctica de riesgos laborales: Integración y desarrollo de la gestión de la prevención*, (58), 30-35.
- Pines, A. y Guendelman, S. (1995). Exploring the relevance of burnout to mexican blue collar women. *Journal of Vocational Behavior*, 47, 1-20.
- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. New York: Free Press.

- Platt, B., Hawton, K., Simkin, S., Mellanby, R.J. (2012). Suicidal behaviour and psychosocial problems in veterinary surgeons: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (2), 223-240.
- Poghosyan, L., Aiken, L.H. y Sloane, D.M. (2009). Factor structure of the Maslach Burnout Inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 894–902.
- Potter, C. (2006). To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature. *Australian Emergency Nursing Journal*, 9, 57-64.
- Poulsen, A., Khan, A., Meredith, P., Henderson, J. y Castrisos, V. (2012). Work-life factors and cardiovascular disease in paediatric occupational therapists Source: British. *Journal of Occupational Therapy*, 75(5), 237-243.
- Powers, S. y Gose, K.F. (1986). Reliability and construct validity of the Maslach Burnout Inventory in a sample of university students. *Educational and Psychological Measurement*, 46, 251-255.
- Prati, G., Pietrantonio, L. y Cicognani, E. (2010). Self-efficacy moderates the relationship between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *Anxiety Stress and Coping*, 23(4), 463-470.

- Prins, J. T., Gazendam-Donofrio, S.M., Tubben, B.J., Van der Heijden, F.M., Van der Wiel, H.B. y Hoekstra-Weebers, J.E. (2007). Burnout in medical residents: a review. *Medical Education*, 41,788-800.
- Pucheu, A. (2010). ¿Cómo el Liderazgo Transformacional de Supervisoras de Enfermería Afecta el Burnout de Enfermeras Clínicas?: Evidencia de dos Hospitales Chilenos. *Ciencia & Trabajo*, (38), 403-409.
- Quattrin, R., Zanini, A., Nascig, E., Annunziata, M., Calligaris, L. y Brusaferrò, S. (2006). Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncology Nursing Forum*, 33(4), 815-820.
- Raghuram, S. y Wiesenfeld, B. (2004). Work-non work conflict and job stress among virtual workers. *Human Resources Management*, 43(2-3), 259-277.
- Rodríguez López, A.M., Fernández Barral, R., Benítez Canosa, M.C., Camino Castiñeiras, M. y Brea Fernández, A.J. (2008). Correlación entre carga de trabajo, Síndrome de Burnout y calidad de vida en una unidad de críticos. *Enfermería global*, (14).
- Roelofs, J., Verbraak, M., Keijsers, G.P.J., De Bruin M.B.N. y Schmidt, A.J.M. (2005). Psychometric properties of a Dutch version of the Maslach Burnout Inventory General Survey (MBI-DV) in individuals with and without clinical burnout. *Stress and Health*, 21, 17-25.

- Rubio Jiménez, J.C. y Guerrero, E. (2005). Estrategias de prevención e intervención del burnout en el ámbito educativo. *Salud mental*, 28, 5, 27-33.
- Sandoval, J. (1993). Personality and burnout school psychologists. *Psychology in the Schools*, 30(4): 321-326.
- Sarros, J.C. (1988a). Administrator burnout: Findings and future directions. *Journal of Educational Administration*, 26(2), 184-196.
- Sarros, J.C. (1988b). School administrators write about burnout: Individual and organizational implications. *British Educational Research Journal*, 14(2), 175-190.
- Schaufeli, W.B., Leiter, M.P., Maslach, C. y Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory-General Survey. En Maslach, C., Jackson S.E. y Leiter, M.P. *The Maslach Burnout Inventory* (3rd.Ed).Test Manual (19-26). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Schwab, R.L. (1986). Burnout in education. En C. Maslach, C. y Jackson, S.E. *Maslach Burnout Inventory* (2ª ed., pp. 18-22). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Seidman, S.A. y Zager, J. (1991). A study of coping behaviours and teacher burnout. *Work & Stress*, 5(3), 205-216.

Seisdedos, N. (1997). *MBI. Inventario "Burnout" de Maslach: manual*. Madrid: TEA.

Serrano Gisbert, M.F., Garcés de los Fayos Ruiz, E.J. y Hidalgo Montesinos, M.D. (2008). Burnout en fisioterapeutas españoles. *Psicothema*, 20(3), 361-368.

Sherring, S. y Knight, D. (2009). An exploration of burnout among city mental health nurses. *British Journal of Nursing*, 18(20), 1234-1240.

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

Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. En C.L. Cooper e I. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology* (pp. 25-48). Londres: Wiley and sons.

Smith, N.M., Bybee, H.C. y Raish, M.H. (1988). Burnout and the library administrator: Carrier or cure. *Journal of Library Administration*, 9(2), 13-21.

Smith, N.M., Watstein, S.B. y Wuehler, A.C. (1986). *Burnout and social interest in librarians and library school students*. Kansas, 21st Century Mountain Plains Library Association Academic Library Section Research Forum. Emporia State University; 1986.

Smith, N.M., Watstein, S.B. y Wuehler, A.C. (1986). *Burnout and social interest in librarians and library school students*. Kansas, 21st Century Mountain Plains Library Association Academic Library Section Research Forum. Emporia State University.

Spiegelhalter, D., Thomas, A., Best, N. y Gilks W. (1994b). *BUGS: Examples*. Cambridge: Available from MRC Biostatistics Unit.

Spiegelhalter, D., Thomas, A., Best, N. y Gilks, W. (1994a). *BUGS: Bayesian inference using Gibbs sampling*. Cambridge: Available from MRC Biostatistics Unit.

Spiegelhalter, D.J., Thomas, A., Best, N.G. y Lunn, D. (2003). *WinBUGS Version 1.4 Users Manual*. MRC Biostatistics Unit, Cambridge. Recuperado de <http://www.mrc-bsu.cam.ac.uk/bugs/>

Spooner-Lane, R. y Patton, W. (2007). Determinants of burnout among public hospital nurses. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 8-16.

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

Stordeurs, S., D'Hoore, W. y the Next Study Group. (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1), 45-58.

- Sundin, L., Hochwalder, J., Bildt, C., y Lisspers, J. (2006) The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 758-769.
- Taris, T.W., Le Blanc, P.M., Schaufeli, W.B., y Schreurs, P.J.G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work & Stress*, 19, 241-258.
- Tejada, M.P.A. y G3mez, V. (2009). Factores psicosociales y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 38(3), 488-512.
- Tello, S., Tolmos, M.T., Vallez, R. y Vazquez, M.E. (2002). *Estudio del síndrome de burnout en los médicos internos residentes del Hospital clínico de San Carlos*. Recuperado de: http://www.ucm.es/info/dosis/Preventiva/jor_8/s1/s8_04.htm.
- Ursprung, A.W. (1986). Burnout in the human services: A review of the literature. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 29(3), 190-199.
- Vacha-Haase, T., Kogan, L.R. y Thompson B. (2000). Sample compositions and variabilities in published studies versus those in test manuals: Validity of score reliability inductions. *Educational and Psychological Measurement*, 60, 509-522.

- Valentín Vega, N., Sanabria, A., Domínguez, L.C., Osorio, C., Ojeda, C. y Bejarano, M. (2009). Síndrome de desgaste profesional en cirujanos colombianos. *Revista Colombiana de Cirugía*, 24(3), 153-164.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Vermeyen, K., Meulemans, H. y Van de Heyning, P. (2009). Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 54-64.
- Vega, E.D. y Pérez Urdaniz, A. (1998). El síndrome de burnout en el médico. Madrid: Smith Kline Beecham.
- Vilaregut Puigdesens, A., Ibáñez Martínez, N. y Abio Roig, A. (2004). Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Enfermería clínica*, 14(3), 142-151.
- Walker, G.A. (1986). Burnout: from metaphor to ideology. *Canadian Journal of Sociology*, 11(1), 35.
- Weman, K. y Fagerber, I. (2006). Registered nurses working together with family members of older people. *Journal of Clinical Nursing*, 15(3), 281-289.
- Wilkinson, L. and APA Task Force on Statistical Inference. (1999). Statistical methods in psychology journal: Guidelines and explanations. *American Psychologist*, 54, 594-604.

Wilson, D. y Chiwakata, L. (1989). Locus of control and burnout among nurses in Zimbabwe.

Worley, J.A., Vassar, M., Wheeler, D.L. and Barnes, L.L.B. (2008). Factor structure of scores from the Maslach Burnout Inventory: A review and meta-analysis of 45 exploratory and confirmatory factor-analytic studies. *Educational and Psychological Measurement*, 68, 797-823.