



UNIVERSIDAD DE MURCIA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y
PSICOLOGÍA SOCIAL

Estudio de Prevalencia, Factores de Riesgo
del Síndrome de Burnout y Encuesta de Satisfacción
Laboral en Personal Sanitario de un Área
de Salud de la Región de Murcia

D^a. Elisa Egea Cánovas

2015



UNIVERSIDAD DE MURCIA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA

SOCIAL

Estudio de prevalencia, factores de riesgo del Síndrome de Burnout y encuesta de satisfacción laboral en personal sanitario de un Área de Salud de la Región de Murcia.

Elisa Egea Cánovas

Murcia, 11 de Junio de 2015

TESIS DOCTORAL

Estudio de prevalencia, factores de riesgo del Síndrome de Burnout y encuesta de satisfacción laboral en personal sanitario de un Área de Salud de la Región de Murcia.

Autora: Elisa Egea Cánovas

Dirigida por el doctor: Dr. D. Miguel A. Santiuste de Pablos.

Departamento: Psiquiatría y Psicología Social.

Dirigida por el doctor: Dr.D. Álvaro Campillo Soto

Departamento: Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Ginecología.



UNIVERSIDAD DE MURCIA

AUTORIZACIÓN DEL DIRECTOR DE LA TESIS

PARA SU PRESENTACIÓN

(Art. 8ª 1 del R.D. 778/98)

Los doctores: D. Miguel A. Santituste de Pablos y D. Álvaro Campillo Soto, como directores de la Tesis Doctoral titulada “Estudio de prevalencia, factores de riesgo del Síndrome de Burnnout y encuesta de satisfacción laboral en personal sanitario de un Área de Salud de la Región de Murcia” realizada por Dña. Elisa Egea Cánovas en el Departamento de Psiquiatría y Psicología Social, **autorizan su presentación a trámite**, dado que reúne las condiciones necesarias para su defensa.

Lo que firmo, para dar cumplimiento al art. 8ª 1 del R.D. 778/98, en Murcia 11 de Junio de 2015.

Prof. Dr.

Prof. Dr.

D. Miguel A. Santiuste de Pablos

D. Álvaro Campillo Soto

Agradecimientos:

Quiero agradecer en primer lugar, a mis directores de tesis, Miguel y Álvaro, sin cuya inestimable ayuda este proyecto no habría llegado a su fin. A Germán y Eva, por su soporte informático y su paciencia infinita. A mi marido, Juanjo y a mis hijos Julia y Juan por su apoyo incondicional. Y al resto de mis compañeros por entenderme y animarme a llevar a cabo esta tesis.

INDICE

1	JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO.	1
A.	JUSTIFICACIÓN.	2
B.	OBJETIVOS.	6
C.	HIPÓTESIS DE TRABAJO.	7
2	INTRODUCCIÓN Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.	8
2.1	DEFINICIÓN DE SINDROME DE BURNOUT.	9
i.	Malestar profesional.	24
ii.	Depresión.	28
iii.	Estrés.	29
2.2	ETIOLOGIA DEL SINDROME DE BURNOUT ^{1-23,44-67} .	34
i.	Factores Etiológicos.	39
ii.	El Factor Personal o Individual.	44
iii.	El Factor Profesional.	49
iv.	Factores Organizativos Empresariales.	51
2.3	DESARROLLO DEL PROCESO: BURNOUT ^{1-3,68-79} .	53
i.	Modelo de PINES Y ARONSON (1988).	53
ii.	Modelo FABER (1991).	54
iii.	Modelo de CHERNISS (1992).	55
iv.	Modelo de MASLACH y LEITER.	55
v.	Modelo de SCHAUFELI Y ENZMANN (1998).	56
vi.	Fases del Burnout según EDELWICH y BRODSKY (1980).	60
2.4	SÍNTOMAS Y MANIFESTACIONES DEL BURNOUT ^{16-55,80-102} .	62
i.	Síntomas físicos de estrés.	62
ii.	Manifestaciones emocionales y mentales.	63
iii.	Manifestaciones conductuales.	63
iv.	Instauración y Desarrollo del Síndrome.	64
v.	Otros aspectos característicos del Síndrome Clínico de Burnout son:	66
2.5	CUANTIFICACIÓN- MEDICIÓN DEL BURNOUT ^{3,93,94,104-115} .	71
i.	Escala de MASLACH.	72
ii.	Subescalas.	75
3	MATERIAL Y MÉTODOS.	77
3.1	ÁMBITO.	78
3.2	UNIDADES DE ESTUDIO.	79
3.3	HERRAMIENTAS UTILIZADAS.	82
3.4	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	88
4	RESULTADOS.	89
4.1	RESULTADOS GENERALES.	90
4.2	RESULTADOS SOBRE EL CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY.	93
4.3	RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN LABORAL.	101
5	DISCUSIÓN.	102
5.1	SOBRE LA METODOLOGÍA.	103
i.	Tipo de estudio desarrollado.	103

ii.	Sobre las limitaciones del estudio.	105
5.2	SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.	106
6	CONCLUSIONES.	111
7	BIBLIOGRAFÍA.	113

1 JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO.

A. JUSTIFICACIÓN.

En los tiempos actuales, con la acuciante crisis, los trabajadores se ven cada vez más sometidos a estrés y malestar. El personal sanitario no es una excepción. Las condiciones laborales, la presión por parte de los superiores, de los usuarios y de uno mismo, en ocasiones la inestabilidad laboral, las exigencias, la falta de medios y de personal, hacen que este gremio sufra cada vez más el “síndrome de burnout”¹⁻³ o “síndrome del quemado”.

Los usuarios de los centros sanitarios presentan malestar tanto físico, como psíquico, que repercute en muchos ámbitos de su vida, tales como el familiar, el laboral, el social, el económico...Se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad, lo que va a afectar claramente a las relaciones interpersonales con los sanitarios que los tratan. No aceptan que los recortes, propios de la crisis, afecten a su salud y a la atención que reciben, pero la realidad es otra. El profesional sanitario, trata con personas, y no realiza meramente un acto técnico, se trata de algo mucho más complejo, en lo que influyen los conocimientos de los distintos profesionales, las características personales de éstos y de los usuarios, y por supuesto, las habilidades en el manejo de las relaciones interpersonales para lo que es importante la sensibilidad del sanitario.

Por todo lo anteriormente descrito, se entiende que los sanitarios constituyen uno de los colectivos profesionales más afectados por la

depresión, la fatiga psíquica, el estrés y otras dolencias, como el denominado “síndrome del quemado”.

El burnout se caracteriza por un pronunciado desgaste después de llevar desempeñando un trabajo durante un determinado número de años. En opinión de la psicóloga Carmen Vázquez, para que una actividad sea enriquecedora desde el punto de vista psicológico deben darse varios factores: “que sea motivante, que no sea repetitiva, que haya intercambio de valoración emocional y que exista reconocimiento”¹⁻⁵.

El personal sanitario es especialmente sensible a desarrollar pautas de cansancio emocional y fatiga psíquica, además de actitudes de despersonalización hacia los usuarios. Todo esto puede conducir, en ocasiones, a afectar su vocación como sanitarios, al ir perdiendo el sentido de su realización personal. Los expertos aseguran que el “síndrome del quemado” no aparece de forma inesperada, sino que es la fase final de un proceso. El sanitario tiende a aumentar su esfuerzo mientras va creciendo la sensación de estrés, con claros signos de irritación, tensión, miedo al entorno laboral y una percepción desproporcionada de los propios errores o lagunas⁶⁻¹⁰.

Se posee una buena formación técnica, pero quizá, la preparación psicológica y las técnicas de autoconocimiento personal son armas muy necesarias que no se tienen en cuenta como debería. La falta de recursos unida a una sensación personal de incapacidad para resolver los conflictos

puede llevar al estrés y a los problemas psicológicos, como angustia, depresión o desmotivación. Uno de los aspectos de la salud que más afecta a la profesión es el psíquico y el psicosocial. En ocasiones, muchos de los problemas psicológicos que padecen los sanitarios están encubiertos o no se les da la importancia clínica necesaria^{11,12}.

Para fomentar una cultura preventiva sobre salud laboral en el ámbito sanitario, es importante alertar del estrés, como enfermedad de consecuencias importantes sobre la salud y la eficacia profesional.

Así como ante la exposición a un riesgo evidente de accidente existe cierta conciencia preventiva y poca aceptación a su presencia, ante los riesgos psicosociales, donde la exposición a los mismos puede producir daños a la salud igualmente importantes, no existe suficiente sensibilidad y sí cierta tolerancia. Se tiende a percibir como implícito al puesto cualquier carga psíquica o riesgo psicosocial del trabajo, aun resultando evidente que la exposición a unas determinadas condiciones psicosociales de trabajo puede afectar a la salud del trabajador sanitario. Esto da lugar a que los problemas de salud psíquicos o físicos debidos a esta exposición se interpreten como vulnerabilidad individual, y se atribuye a algún fallo en la psique del propio individuo, a unas características individuales diferenciales "débiles" comparativamente con "otros" o bien debido a su entorno extralaboral¹³⁻¹⁵.

El burnout es una patología derivada de la interacción del individuo con unas determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo. El producto de dicha interacción es lo que denominamos como síndrome de estar quemado por el trabajo. Cuando no se realiza la evaluación y la prevención de riesgos psicosociales no se protege adecuadamente al trabajador o, no se adapta el trabajo a la persona, el síndrome puede aparecer¹⁻³.

En el actual entorno socioeconómico, las exigencias en lo que se refiere a los elementos de carácter emocional, son cada vez mayores, entendiendo el trabajo emocional, como la necesidad de expresar emociones socialmente deseables durante la transacción en los servicios. Una empresa (Hospital, Centro de Salud, etc.) es más competitiva y eficaz si sus componentes tienen mejor salud y calidad de vida en el trabajo, ya que de no ser así repercute negativamente sobre la organización (más incidentes y accidentes, absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.). Tampoco hay que despreciar las consecuencias que para la sociedad se derivan de que los profesionales se vean afectados por este síndrome, tanto en costes de servicio como económicos³.

Por todo lo anterior, consideramos que estaría justificado llevar a cabo un estudio de investigación para determinar la prevalencia y las características del Síndrome de Burnout en un Área de Salud de la Región de Murcia.

B. OBJETIVOS.

OBJETIVOS GENERALES.

- Analizar si las dimensiones del Síndrome de Burnout (SdBt), cansancio emocional (CE), despersonalización (DP) y realización profesional (RP) se relacionan de forma estadísticamente significativa con las principales variables demográficas y personales (edad, sexo, años trabajados, dedicación laboral y situación familiar) de los trabajadores sanitarios de nuestra área de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout entre el personal sanitario que trabaja en el Área de Salud VI de la Región de Murcia.

- Describir las características sociodemográficas, género, edad, estado civil, tiempo trabajado, dedicación exclusiva/compartida, ámbito profesional (quirúrgico/médico) de los profesionales encuestados.

- Detectar posibles factores de riesgo asociados al desarrollo futuro del SdBt entre el personal sanitario con el fin de facilitar su detección precoz y prevención.

- Determinar el grado de satisfacción laboral del personal sanitario participante en el estudio.

C. HIPÓTESIS DE TRABAJO.

1. El personal sanitario puede presentar una alta prevalencia de Síndrome de Burnout, caracterizado por un gran agotamiento emocional, despersonalización, y sentimientos de una baja realización personal en su trabajo.
2. El Síndrome de Burnout está significativamente relacionado con el estrés.
3. Los factores sociodemográficos pueden influir en la aparición del síndrome. Existe una desigual distribución según estamentos, edad y sexo. Podría predecirse, a partir de estos factores, la existencia de una predisposición al síndrome en determinados sanitarios, mayor prevalencia en personal del área médica que en el del área quirúrgica.
4. El conocimiento de las causas del estrés y su relación podrían facilitar la búsqueda de soluciones para la prevención y tratamiento.
5. El apoyo social puede influir en los niveles de estrés y burnout.

2 INTRODUCCIÓN Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

2.1 DEFINICIÓN DE SINDROME DE BURNOUT.

Empezaremos realizando un repaso histórico del Síndrome de Burnout que nos va a ayudar a la comprensión de la naturaleza de éste.

Apuntes históricos y desarrollo del concepto^{1-5,16-43}.

El Síndrome clínico conocido como *Burnout* fue descrito en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Aunque siendo rigurosos, el primero en utilizar el término fue Graham Greens en una publicación de 1961 (A burnout case). También en 1974 aparece otro autor que reflexiona sobre el síndrome (Ginsburg, 1974) que, sin embargo, ha sido escasamente citado, tal vez porque a diferencia del primero no tuvo un desarrollo científico tan prolífico.

Freudenberger observó que al año de trabajar en dicha clínica, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los usuarios. Describió un conjunto de síntomas sufridos por trabajadores como resultado de sus condiciones laborales. El Síndrome de Burnout es por tanto, característico de las profesiones de servicios de ayuda, y es consecuencia, siguiendo a su autor, de trabajar intensamente y sin considerar las propias necesidades, serían personas quemadas por su gran dedicación al trabajo. Según esta definición, el burnout aparecería en los profesionales más comprometidos y

que trabajan más intensamente, ante la presión y demandas de su trabajo, que intentan satisfacer dejando en segundo plano sus propios intereses.

Desde una aproximación psicológica individual, el burnout es la consecuencia de una interacción inadecuada entre los profesionales excesivamente celosos de su trabajo y los clientes excesivamente necesitados y demandantes, como respuesta a la frustración y el estrés, el profesional responde realizando un esfuerzo cada vez mayor. Pero esta descripción inicial del problema se ha ido ampliando considerablemente.

Su definición reagrupaba diversas manifestaciones de tensión que se daban en personas "adictas al trabajo":

"Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador".

Según los estudios de Freudenberger este síndrome sería contagioso, ya que los trabajadores que lo padecen pueden afectar a los demás con su hastío, desesperación y cinismo, con lo que en un corto período de tiempo la organización, como entidad, puede caer en el desánimo generalizado. Otros autores como Savicki, Seidman y Zager formulan la posibilidad de que genere efectos epidémicos.

En 1976, la psicóloga Cristina Maslach utilizó el término Burnout, empleado hasta entonces por los abogados californianos para describir el

proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre compañeros de trabajo, para referirse a un conjunto de respuestas emocionales que afectaban a los profesionales de ayuda. Determinó que los afectados sufrían sobrecarga emocional o Síndrome de Burnout y lo definió como *"síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas"*. La Dra. Maslach presenta el Síndrome de Burnout en el ámbito académico, en el Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA), refiriéndose a él como una situación de sobrecarga emocional cada vez más frecuente entre los trabajadores de los servicios humanos, que después de meses o años de dedicación terminaban "quemándose". La definición de Maslach plantea el burnout desde una perspectiva psicosocial, desde la deshumanización, despersonalización y la sobrecarga de trabajo relacionada con el estrés y la frustración en el trabajo. Esta patología recoge una serie de respuestas a situaciones de estrés que suelen provocar "tensión" al interactuar y tratar reiteradamente con otras personas y que se manifiesta en diferentes aspectos.

Según Maslach, *"el mundo del trabajo es una arena agresiva en la cual el individuo trata de sobrevivir"*. Y el Burnout es el fracaso de este intento.

Los diferentes aspectos en los que se manifiesta el Burnout, según Maslach, son los siguientes:

Psicosomáticos

- Manifestaciones mentales: sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. También, estado de nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y baja tolerancia a la frustración, con comportamientos paranoides y/o agresivos hacia los pacientes y sus familias, compañeros de trabajo y la propia familia.
- Manifestaciones físicas: cefaleas, insomnio, algias osteomusculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia.

Conductuales

- Predominio de *hábitos adictivos* y también de tácticas para evitar situaciones desagradables que suele derivar en un bajo rendimiento y como medida más extrema en el absentismo laboral. Las conductas violentas suelen ser muy frecuentes.

Emocionales

- *Distanciamiento afectivo* como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, desorientación, sentimiento de impotencia, incapacidad de concentración y sentimientos depresivos.

Clima laboral

- Baja *productividad laboral* y descenso en la calidad de los servicios que presta a los usuarios, aumento de interacciones hostiles, frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia, comunicaciones deficientes.

Para la Dra. Maslach, el síndrome de burnout queda estructurado inicialmente como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensiona tres grandes aspectos:

- *Cansancio emocional*, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, de recursos personales de adaptación, desgaste y agotamiento.

- *Despersonalización*, manifestada por un cambio negativo de actitudes que lleva defensivamente a adoptar un distanciamiento frente a los problemas, e incluso proyectar el conflicto culpando a los propios usuarios de los problemas que le pasan al profesional, llegando a considerar a estas personas como verdaderos objetos o “casos”. La actitud varía según las personalidades, pero en general hay un camino de “insensibilización” que va desde el pesimismo o escepticismo al cinismo respecto de los atendidos.

- *Sensación de falta de realización profesional*, donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo en un marco de fuerte insatisfacción interna, baja autoestima y fuertes autocuestionamientos, con manifestaciones pseudodepresivas y con tendencia a la huida. El círculo se va cerrando en forma de biofeed-back o retroalimentación negativa: agotamiento físico y psíquico, despersonalización en el sentido de la

deshumanización y una visión negativa, escéptica o cínica de sí mismos y los propios logros, con una moral baja, un detrimento y descenso de la productividad en el trabajo y sentimientos de fracaso y frustración, percibiendo escasa o nula realización personal.

En 1977 Maslach y colaboradores desarrollan el instrumento de medida evaluado para cuantificar el burnout, el Maslach Burnout Inventory (MBI) que mide las tres dimensiones citadas como centrales en el modelo.

En 1980 Cherniss describe el modelo “del shock con la realidad”. Para este autor, el burnout induce en los profesionales tres tipos de patrones de respuesta al trabajo estresante, que no tienen por que aparecer juntos ni darse siempre: pérdida del sentido de idealismo y optimismo respecto al cambio, pérdida de simpatía y tolerancia para los clientes (pacientes) y la búsqueda creciente de la realización personal fuera del trabajo. Las propuestas de Cherniss son opuestas a las de Freudenberger, que consideraba al burnout una enfermedad de los muy comprometidos y se podría solucionar reduciendo el compromiso. Para Cherniss el compromiso personal razonable con una ideología puede ser una forma de prevenir el burnout.

Elliot y Smith en 1984, partiendo de que el burnout podría ser un rasgo de personalidad, entienden que en el proceso del síndrome hay que buscar el equilibrio que se ha perdido, planteando que puesto que la reconocimiento del

cambio es la fórmula para afrontar el burnout, habrá que partir de la siguiente ecuación:

$$\textit{Susceptibilidad Individual + Sobrecarga = Burnout}$$

Se puede apreciar que no se alejan de las proposiciones de otros autores sino que intentan operativizarlas.

Farber en 1984 define el burnout como "manifestaciones conductuales de agotamiento emocional y físico derivadas de eventos situacionales estresantes por no encontrar las estrategias de afrontamiento efectivas", continuando con los planteamientos establecidos hasta ese momento, pero añadiendo un aspecto importante para la comprensión del síndrome: las estrategias de afrontamiento inadecuadas actuarían como mediadoras entre los eventos estresantes y las manifestaciones de agotamiento emocional y físico. Shinn y Chestnut en 1984 entienden el burnout como "tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de servicios humanos", asentándose cada vez más el estrés laboral como antecedente necesario para la aparición del síndrome. Desde este mismo planteamiento, Nagy en 1985 señala que el burnout "describe un gran número de manifestaciones psicológicas y físicas evidenciadas en trabajadores empleados en profesiones consideradas de interacción humana", añadiendo que burnout y estrés podrían ser conceptos similares y que burnout sería un tipo específico de estrés. En 1986, Grantham, desde una perspectiva puramente

psiquiátrica, entiende que los factores estresantes del burnout no son siempre claramente identificables; sí, en cambio, los relacionados con problemas de personalidad, depresión y ansiedad. Partiendo de estas premisas, plantea la siguiente categoría diagnóstica del burnout:

-Eliminar la presencia de una identidad biológica.

-Eliminar la posible existencia de otro síndrome psicopatológico.

-Reconceptualizar el síndrome como una entidad englobada en "problemas de adaptación".

Para el autor, el burnout es un síndrome de adaptación que tendría unas características propias que lo diferencian de otros síndromes. Walker en 1986 al señalar que el burnout "se caracteriza por la existencia de determinadas respuestas a un prolongado, inevitable y excesivo estrés en situaciones de trabajo" deja la puerta abierta a la posibilidad de que el síndrome pueda ser experimentado por cualquier trabajador, independientemente de su contexto laboral específico. Por último, Kyriacou en el año 1987 retoma la definición de Pines et al (1981) y defiende que es la mejor concepción del síndrome para su aceptable comprensión.

Cuando parece que la definición de burnout se va perfilando, Garden (1987) expone la idea de que una definición de burnout es prematura, pues existe ambigüedad en la realidad del síndrome que la investigación conocida

hasta el momento no ha permitido aclarar. Un año antes, Smith, Watstein y Wuehler (1986), concluían que el burnout describía un sutil patrón de síntomas, conductas y actitudes que es único para cada persona, haciendo muy difícil que se pueda aceptar una definición global del síndrome.

Poco después Shirom en 1989, más optimista que los autores anteriores ante el constructo, plantea que "el burnout es consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, con lo que al descender los recursos personales aumenta el síndrome", retomando la variable afrontamiento, como determinante en la comprensión del burnout.

Hiscott y Connop en 1990 vuelven a la línea clásica, en cuanto a la definición del burnout, y lo entienden como "un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo". Por otra parte, el estrés ocupacional adquiere el papel fundamental que en los años ochenta ya se había manifestado. Así, Greenglass, Burke y Ondrack (1990), tras diferenciar estrés vital (concepto general que se refiere al estrés acumulado por los cambios vitales en el hogar y/o en el trabajo) y estrés laboral (que se refiere al estrés específico generado en el trabajo o por los factores relacionados con el mismo), encuadran el burnout en este último grupo.

En 1990, Starrin, Larsson y Styrborn matizan que mientras el estrés puede ser experimentado positiva o negativamente por el individuo, el burnout es un fenómeno exclusivamente negativo. De ahí que algunos autores planteen la relación entre ambos constructos en el sentido de que el burnout podría ser similar a un estrés negativo. Oliver, Pastor, Aragonese y Moreno (1990) igualan burnout a estrés laboral asistencial, volviendo estos

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

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

vimos, ya había presentado antecedentes investigadores. De hecho, Wallace y Brinkerhoff (1991) señalan que paradójicamente la despersonalización, como dimensión del burnout, sería propiamente una estrategia de afrontamiento conducente a combatir el síndrome, abriendo aún más la necesidad de una línea de investigación en este sentido.

Tras la anterior unanimidad en la concepción del burnout, la mayoría de autores utilizan el Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981) como instrumento de medida del burnout para sustentar sus diversos resultados, y donde la definición de estas autoras está implícita, cuando no es claramente explícita, en los diversos trabajos de investigación que se están desarrollando. Sin embargo Burke y Richardsen (1991), como ya hiciera Garden en el 1987, plantean que no existe acuerdo en la definición de burnout a la que llegan los distintos autores que están investigando el síndrome y que, por tanto, se necesitan más trabajos de investigación que ayuden a una mejor comprensión de este fenómeno.

En 1991 Friedman retoma la idea de Cherniss de que la principal causa del burnout es organizacional.

Gillespie diferencia dos tipos de Burnout que surgen precisamente por la ambigüedad en la conceptualización del síndrome:

Burnout activo

- Se caracteriza por el mantenimiento de una conducta asertiva. Se relaciona con los factores organizaciones o elementos externos a la profesión.

Burnout pasivo

- Predominan los sentimientos de retirada y apatía. Tiene que ver con factores internos psicosociales.

García Izquierdo y Velandrino en 1992 plantean que tras casi 20 años desde la aparición del término burnout no hay una definición unánimemente aceptada. De hecho, Grebert (1992) incide en que la descripción sintomática del síndrome varía según los autores que lo estudian. Leiter en 1992 distancia el burnout del estrés laboral y lo define como una crisis de autoeficacia y Nagy señala que el concepto burnout se ha convertido en un llamativo descriptor del estrés laboral, afirmando que se ha popularizado tanto que quizás se ha perdido el origen del mismo. Moreno y Oliver en 1993 retoman la relevancia del afrontamiento e indican que el burnout es la consecuencia de un afrontamiento incorrecto del trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a él.

García Izquierdo, Castellón, Albadalejo y García Izquierdo en 1993 plantean la concepción del burnout centrada exclusivamente en el agotamiento emocional (una de las dimensiones que utilizan Maslach y Jackson para medir el síndrome). Por último, Ayuso y López (1993), siguiendo la definición de Pines definen el burnout como un estado de debilitamiento psicológico causado por circunstancias relativas a las actividades profesionales que ocasionan síntomas físicos, afectivos y cognitivo-afectivos, precisando que el síndrome de desgaste sería una adaptación a la pérdida progresiva del idealismo, objetivos y energías de

las personas que trabajan en servicios de ayuda humana, debido a la difícil realidad del trabajo, concepción que deducen de la definición de Edelwich y Brodsky (1980).

Tras el recorrido realizado, podemos consensuar varios aspectos que nos ayudan a delimitar el concepto de burnout y, por tanto, a comprenderlo mejor:

- *Parece claro que el burnout es o debe ser una consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo.* Estos eventos serán de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para su aparición.
- *Es necesaria la presencia de unas "interacciones humanas" trabajador-cliente (paciente), intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca.* En este sentido, se conceptualiza el burnout como un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina y que se va "instaurando" en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.
- *No hay acuerdo unánime en igualar los términos burnout y estrés laboral, pero sí cierto consenso en asumir la similitud de ambos conceptos;* sin embargo, definiciones como la de Freudenberg (1974), Maslach y Jackson (1981) o Pines, Aronson y Kafry (1981) parecen indicar que existen matices que les hacen claramente diferentes. De hecho,

recientemente Singh, Goolsby y Rhoads concluyen en 1994 que burnout y estrés laborales son constructores claramente diferentes.

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

Aunque son muchos los problemas para alcanzar un consenso sobre la definición del problema en la literatura, el hecho de que el Maslach Burnout Inventory (planteamiento empírico que justifica la definición de Maslach y Jackson) haya sido utilizado de forma casi unánime por la mayoría de autores para realizar sus investigaciones nos hace pensar que sí existe cierto consenso en afirmar que la conceptualización más aceptada de burnout es la que ofrecen estas autoras: el carácter tridimensional de esta afección caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

- El *agotamiento emocional y físico* se caracteriza por una ausencia o falta de energía, entusiasmo y un sentimiento de escasez de recursos. A estos sentimientos, pueden sumarse los de frustración y tensión en los

trabajadores que se dan cuenta que ya no tienen condiciones de gastar más energía.

- La *despersonalización o deshumanización* se caracteriza por tratar a los pacientes, compañeros y a la organización como objetos. Los trabajadores pueden demostrar insensibilidad emocional, un estado psíquico en que prevalece el cinismo o la disimulación afectiva, la crítica exacerbada de todo su ambiente y de todos los demás.

- La *disminución de la realización personal*, en el trabajo, que se caracteriza como una tendencia del trabajador a autoevaluarse de forma negativa. Las personas se sienten infelices consigo mismas, insatisfechas con su desarrollo profesional, experimentan una declinación en el sentimiento de competencia y de éxito en su trabajo y en su capacidad de interactuar con las personas.

De todo lo dicho se desprende el problema latente que ha generado la propia definición de este concepto a lo largo de la historia; estrés laboral, depresión, malestar profesional, mobbing, etc. A este respecto, Starrin, Larsson y Styrborn en 1990 han señalado que un aspecto importante del burnout es que instintivamente todos sabemos lo que es, aunque no podamos definirlo. Estos autores parten de que el burnout afecta de forma individual a una sociedad abstracta. De una forma más radical, Grebert (1992) entiende el burnout como una construcción cultural que permite a los profesionales de la relación de ayuda manifestar cuáles son sus sufrimientos y dificultades, llegando a conceptualizarlo como un planteamiento defensivo de la profesión. Históricamente, el término burnout ha sido empleado para

referirse a situaciones muy diversas, incluyendo un grupo de sentimientos y conductas que aparecen como consecuencia de las condiciones de trabajo, especialmente de aquellas profesiones que implican una relación estrecha con el usuario, ejemplo claro son los profesionales sanitarios.

A. MALESTAR PROFESIONAL; B. DEPRESIÓN; C. ESTRÉS

i. Malestar profesional.

Se entiende como un conjunto de factores negativos, históricos, sociales, institucionales y profesionales, que afectan a la práctica clínica, llevándola a un deterioro de la calidad de ésta. Se utiliza para describir los efectos permanentes de carácter negativo que afectan a la personalidad del sanitario, como resultado de las condiciones psicológicas y sociales en que se ejerce su práctica diaria.

El personal sanitario percibe su malestar a través de la falta de valoración social en su trabajo (apoyo social) y falta de medios, tiempo y recursos (apoyo material) para el desempeño de sus tareas. Se acusa también de un excesivo papeleo y una escasa participación en la resolución de problemas laborales o profesionales. Otras fuentes de malestar son las variables propias del sujeto tales como la existencia de motivaciones negativas y las características psicológicas del mismo.

Fuentes de malestar profesional.

Es frecuente que el personal sanitario se vea aquejado de malestar, aunque no siempre tiene porque desembocar en agotamiento profesional, propiamente dicho. Veamos algunas de las fuentes más comunes de esta insatisfacción:

- *Inquietud e incertidumbre ante el futuro laboral.* El aumento de la temporalidad de los contratos, los cambios en condiciones laborales, los contratos precarios y demás, genera un malestar importante, a la vez que supone un sobreesfuerzo para adaptarse a la nueva situación laboral.

- *Merma del prestigio social.* La imagen del personal sanitario se ha ido devaluando en los últimos tiempos. Por un lado, algunas informaciones periodísticas han ofrecido un enfoque conflictivo de los sanitarios. Por otro, se han debilitado las relaciones entre profesionales y usuarios, hasta el punto de que a veces parece que están enfrentados.

- *Las conductas antisociales de algunos pacientes.* Podemos encontrar casos en los que la situación se vuelve insostenible y algunos profesionales son objeto de desafíos, amenazas e incluso agresiones.

- *El sistema de promoción y la remuneración no son del agrado de todos.* Lo que hace que se produzca un descontento y un hastío importante por parte de muchos profesionales ya que no ven recompensado su esfuerzo laboral y personal.

Los profesionales más propensos a padecer trastornos psíquicos son los que presentan inclinación a competir, alto nivel de aspiraciones, inseguridad, sentimientos de culpa y baja autoestima. Los profesionales que sufren estrés o depresión pueden ignorar su problema, incluso puede ocurrir que una exploración demasiado centrada en el plano corporal no descubra la verdadera dolencia.

La actividad sanitaria se realiza a través de la relación humana, lo que implica por una parte, un enriquecimiento personal y por otra, compromiso emocional. Es innegable que el trato con el usuario puede aportar muchas alegrías, pero igualmente cierto es que en muchas circunstancias nos lleva a la frustración y la ansiedad. Hay profesionales que se ponen un escudo para protegerse y que se suele traducir en rigidez e inhibición, otros enferman ante los conflictos interpersonales y las múltiples responsabilidades. También existe una parte, aquellos en los que se combina competencia social y condiciones laborales adecuadas, encuentran en la profesión un cauce óptimo para la autorrealización.

Prevención de la insatisfacción laboral

La satisfacción laboral es necesaria para que cualquier trabajador se entusiasme con la tarea y rinda. En el caso de los sanitarios, el bienestar, además de fuente de salud, se proyecta sobre los usuarios.

Proponemos seguidamente algunas pautas preventivas del malestar sanitario:

- Disponer de un proyecto que haga crecer como personas y profesionales. Dar entrada en el mismo a la participación de los demás. El espíritu de comunidad refuerza la energía vital y protege la personalidad.

- Aprender a disfrutar de pequeños logros, así como a advertir nuevos y buenos matices en la cotidianidad.

- Programar y aprovechar los períodos vacacionales, para salir del circuito de tensión y reincorporarse al trabajo con fuerzas renovadas. Adquiere gran importancia la utilización saludable del tiempo libre diario y de los fines de semana.

- Entre las medidas protectoras del malestar no pueden faltar tampoco la dieta equilibrada, la actividad física, la relajación muscular, la actitud mental positiva, etc.

- Intercambiar experiencias y opiniones con los colegas. La comunicación y las relaciones personales presididas por la cordialidad neutralizan los aspectos negativos del trabajo. El aislamiento no hace sino acrecentar los problemas.

El clima institucional de confianza, seguridad, respeto y valoración es una de las mejores vacunas contra el malestar, así como uno de los principales impulsores del crecimiento individual y colectivo. El apoyo de la organización, tanto en el plano del reconocimiento profesional como en el de las retribuciones, constituye un objetivo primordial para garantizar la adaptación laboral y el equilibrio personal de los sanitarios.

Malestar profesional es un término que define el complejo proceso por el cual los profesionales sanitarios van expresando sus marcas subjetivas y corporales producidas en un mundo laboral soportado a costa de un gran desgaste y sufrimiento. Muchos autores utilizan ambos conceptos, malestar profesional y Síndrome de Burnout de igual forma, pero debemos identificarlos correctamente, porque el malestar profesional es más genérico y colectivizado, más populista y menos científico. El burnout debe ser entendido más como un síndrome individual (similar al estrés) y muy elaborado, con unos rasgos clínicos muy característicos.

ii. Depresión.

Los síntomas de la depresión son más profundos y generales. El burnout es específico de una situación de trabajo y sus síntomas son menos intensos, aunque comparten los rasgos del agotamiento emocional. Oswin (1978); Maher (1983); Firth, McIntee, McKeown y Britton (1986) se plantean que es probable un solapamiento entre los constructos depresión y burnout. Es posible, como señalan Oliver, Pastor, Aragonese y Moreno (1990), que sea necesario fragmentar un constructo tan amplio como el estrés para ayudar a conceptualizar los diversos fenómenos asociados, como el burnout. Tal es la relevancia que adquiere la investigación acerca del síndrome que, en 1990 se celebra en Cracovia la Conferencia Europea de Burnout Profesional, continuación de la que se celebró dos años antes en Helsinki, y en la que se establecen dos ejes sobre los que se articula la investigación sobre burnout. Pero para complicar más el tema, Martin en 1982 sugiere que

"el burnout refleja una respuesta al estrés y secundariamente a la depresión como síndrome específico", abriendo la reflexión sobre la íntima relación que puede existir entre burnout y depresión, lo que supone un nuevo problema conceptual. La depresión se puede defender como una de las posibles causas que provocan burnout.

iii. Estrés.

El estrés y el burnout son fenómenos diferentes, aunque en la práctica resultan difíciles de separar ya que comparten un efecto de debilidad personal y profesional sobre el cuerpo, manifestado por unos síntomas psicosomáticos idénticos. Ambos conceptos pueden encontrarse implicados mutuamente. El estrés puede conducir al burnout y a la inversa, pero esta relación no siempre es necesaria. Se puede tener estrés sin llegar a padecer un burnout, y se puede tener un burnout sin haber padecido previamente estrés. Para entendernos, el burnout puede considerarse como un tipo de estrés laboral prolongado desarrollado a largo plazo (Calvete, 1999). Mientras el estrés mantiene un proceso de adaptación temporal, el burnout es una ruptura en dicha adaptación y un deterioro progresivo, con un debilitamiento personal y profesional y el desarrollo de actitudes y conductas negativas y disfuncionales en el trabajo (que no se presentan en el estrés laboral).

La Organización Mundial de la Salud define el estrés como *"el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción"*. Visto así, el estrés no debiera ser un problema. Al contrario, sería una suerte de estímulo, una alerta. Pero se convierte en un verdadero

problema cuando ciertas circunstancias, tales como la sobrecarga de trabajo, las presiones económicas, el ambiente competitivo, entre muchas otras, *se perciben inconscientemente como amenazas* (Velásquez D.) que provocan reacciones defensivas en la persona, tornándola irritable y sufriendo consecuencias nocivas en su organismo, por períodos prolongados.

Por otra parte, el estrés es diferente para cada persona. Lo que provoca estrés en una, puede ser un factor inocuo para otra. Varios factores explican esto: su estado psicológico y físico; el significado que otorga al evento perturbador; una gran variedad de condiciones ambientales (positivas y negativas).

El estrés está relacionado con numerosas razones o causas que pertenecen al ámbito de la vida cotidiana. [El burnout es sólo una de las maneras que tiene de progresar el estrés laboral.](#)

Existe por tanto, una similitud de conceptos entre burnout y estrés pero las definiciones parecen indicar que existen matices que les hacen difícilmente iguales. Autores como Freudenberger, Maslach y Jackson, Pines, Aronson y Kafry así lo creen y lo relacionan en sus delimitaciones conceptuales.

Greber incide en que la descripción sintomática del síndrome varía según los autores que lo estudian.

AUTORES QUE LO RELACIONAN:

- Nagy y Nagy señalan que el concepto burnout se ha convertido en un llamativo descriptor del estrés laboral y señala que se ha popularizado tanto que quizás se ha perdido el origen del mismo.
- Hiscott y Connop vuelven a la línea clásica en cuanto a la definición del burnout y lo entienden como " un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo".
- Greenglass, Burke y Ondrack diferencian estrés vital (concepto general que se refiere al estrés acumulado por los cambios vitales en el hogar y/o en el trabajo) para diferenciar estrés laboral (que se refiere al estrés específico generado en el trabajo o por los factores relacionados con el mismo). El burnout es encuadrado en éste último.
- Martín sugiere que "el burnout refleja una respuesta al estrés y secundariamente a la depresión como síndrome específico" y reabre la reflexión sobre la íntima relación que puede existir entre burnout y depresión, lo que supone un nuevo problema conceptual puesto que ya no es sólo la similitud entre los conceptos burnout y estrés, sino también con depresión.

AUTORES QUE LO DIFERENCIAN:

- **Leiter distancia el burnout del estrés laboral y lo define como una crisis de autoeficacia.**
- **Singh, Goolsby y Rohoads creen que burnout y estrés laboral son conceptos claramente diferentes.**

DIFERENCIAS ENTRE EL ESTRÉS Y EL BURNOUT

ESTRÉS	BURNOUT
Sobreimplicación en los problemas	Falta de implicación
Hiperactividad emocional	Embotamiento emocional
El daño fisiológico es el sustrato primario	El daño emocional es el sustrato primario
Agotamiento o falta de energía física	Agotamiento afecta a motivación y a energía psíquica
La depresión puede entenderse como reacción a preservar las energías físicas	La depresión en burnout es como una pérdida de ideales de referencia-tristeza
Puede tener efectos positivos en exposiciones moderadas (eustrés)	Sólo tiene efectos negativos

(*Eustrés: es el estrés positivo, cuando la relación con las impresiones del mundo externo y del interior no producen un desequilibrio orgánico, el cuerpo es capaz de enfrentarse a las situaciones e incluso obtiene sensaciones placenteras con ello, el eustrés permite experimentar el mundo como un lugar en que cada milímetro es delicioso.)

Otros expertos van más allá e introducen otro nuevo término denominado "Tedium" para diferenciar dos estados psicológicos de presión diferentes. El burnout es el resultado de la repetición de la presión emocional mientras que el tedium sería consecuencia de una presión crónica a nivel físico, emocional y mental.

El tedium, por tanto, es más amplio que el burnout. En concreto, Pines y Kafry habían planteado que el tedium "se caracteriza por sentimientos de depresión, vacío emocional y físico y una actitud negativa hacia la vida, el ambiente y hacia sí mismo, y ocurriría como resultado de un evento vital traumático, súbito y abrupto, o como resultado de un proceso diario, lento y gradual.

2.2 ETIOLOGIA DEL SINDROME DE BURNOUT^{1-23,44-67}.

El burnout surge como consecuencia de situaciones estresantes que provocan que el individuo esté más predispuesto a padecerlo. El estrés suele tener carácter laboral, primordialmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del burnout.

Las actuaciones que desencadenan la aparición de este síndrome suelen ser intensas y/o duraderas, porque el burnout se conceptualiza como un proceso continuo que se manifiesta de una manera paulatina y que va interiorizando el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.

Existen determinados factores que propician el burnout:

- La naturaleza de la tarea.
- La variable organizacional e institucional.
- La variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social).
- La variable individual (características del profesional como edad, sexo, experiencia, rasgos de personalidad)

A continuación se incluye una tabla con estadísticas de estudios realizados por diversos especialistas que ofrecen información sobre la influencia del síndrome del burnout según la profesión.

INDICIDENCIA DEL BURNOUT POR PROFESIONES

ESTUDIO	PROFESIÓN	BURNOUT
Kyriacou (1980)	Profesores	25%
Pines, Arason y Kafry (1981)	Diversas profesiones	45%
Maslach y Jackson (1982)	Enfermeros/as	20-35%
Henderson (1984)	Médicos/as	30-40%
Smith, Birch y Marchant (1984)	Bibliotecarios	12-40%
Rosse, Jonson y Crow (1991)	Policías y personal sanitario	20%
García Izquierdo (1991)	Enfermeros/as	17%
Jorgesen (1992)	Estudiantes de enfermería	39%
Price y Spence (1994)	Policías y personal sanitario	20%
Deckard, Meterko y Field (1994)	Médicos/as	50%

Estas cifras son indicativas de que nos encontramos ante un problema de gran magnitud, que conlleva consecuencias personales y laborales negativas.

Estos altos porcentajes están en sintonía con el planteamiento de Freudenberger (1977) según el cual el burnout sería "contagioso", ya que los trabajadores que padecen el síndrome pueden afectar a los demás de su letargo, cinismo y desesperación, con lo que en un corto periodo de tiempo la organización (el hospital, centro de Salud) puede caer en el desánimo

generalizado. Savicki (1979) también admite esta posibilidad de contagio indicando que "el burnout es similar al sarampión" en cuanto a sus efectos epidémicos. En esta misma dirección, Seidman y Zager en los años 1986 y 1991 aceptan la posibilidad de contagio del burnout entre los trabajadores de una misma organización. Smith, Bybee y Raish en 1988 indican incluso que el contagio era especialmente virulento cuando la causa del síndrome estaba en la dirección organizativa, o cuando el agravamiento de la situación tiene que ver con carencias de comprensión y se está poco dispuesto a pactar con los problemas que van surgiendo. Olabarría en el año 1997 plantea que el burnout se puede presentar de forma colectiva, a modo de contagio.

El síndrome de burnout en las profesiones de servicio (sanitarios) surge de una falta de correspondencia entre las exigencias de la profesión (ayuda a los demás) y las recompensas recibidas. Siguiendo a Pines y Aronson, estas profesiones comparten tres características básicas:

- 1) *Suponen un trabajo emocionalmente gravoso.*
- 2) *Tienen una orientación centrada en el cliente (usuario).*
- 3) *Los trabajadores que eligen estas profesiones tienen algunos rasgos comunes de personalidad.*

1. *Condiciones de trabajo.* Aquel trabajo donde las personas ayudan a otras siempre genera un cierto grado de estrés psicológico y emocional. Los trabajadores están expuestos a todos los problemas de sus usuarios, físicos,

psíquicos y sociales, durante un periodo de tiempo más o menos largo, con un grado de responsabilidad para solucionarlos y que obligan a una entrega continua y permanente.

2. La *orientación del trabajo centrada en el usuario* conduce a valorar solamente las necesidades de aquellos a los que se presta el trabajo y no de las de los profesionales. Esta orientación define una relación absolutamente asimétrica y perjudicial para el trabajador que es causa de desarrollo de “burnout”.

3. *Rasgos de personalidad comunes*. Los trabajadores que se dedican a una labor de ayuda a los demás suelen ser especialmente sensibles a las necesidades humanas, tienen un mayor nivel de empatía hacia los demás y sufren con ellos los problemas que su trabajo les obliga a conocer. Esta personalidad es una verdadera trampa emocional, pues va generando un sufrimiento compartido con sus usuarios, lo que conduce hacia un mayor desgaste psíquico y físico en su trabajo diario. Aunque estos rasgos son comunes a todas las profesiones de servicio, cada trabajo genera sus propios rasgos.

Se ha determinado que algunos de los rasgos de la personalidad pueden llevar más fácilmente a la persona sometida a un exceso de estrés a desarrollar un burnout.

Estos rasgos son:

- ▶ Sensibilidad a los sentimientos y necesidades de los otros.
- ▶ Dedicación al trabajo.

- ▶ Idealismo.
- ▶ Personalidad ansiosa.
- ▶ Elevada autoexigencia.

i. Factores Etiológicos.

Ahora pasaremos revisión a los conocimientos que hemos podido encontrar en la literatura sobre cada uno de los factores que se asocian con la etiología del burnout.

1. Edad. Los resultados sobre esta variable son contradictorios puesto que la relación establecida entre la edad y el burnout ha sido tanto lineal (Seltzer y Numerof, 1988), como curvilínea (Golembiewski, Munzenriper y Stevenson, 1986; Whitehead, 1986), encontrándose también ausencia de relación (Hock, 1988). Estos resultados deberían ser matizados porque la relación que se establece entre el síndrome de *burnout* y la edad, se asociaba al tiempo de experiencia en la profesión, la maduración propia por la edad del individuo y con la pérdida de una visión irreal de la vida en general.

2. Sexo. Parece existir una mayor predisposición por parte de las mujeres como grupo más vulnerable al síndrome. Podría en ocasiones ser explicado por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. Las mujeres tienden a un más bajo nivel de despersonalización, mayor realización personal, mayor nivel de agotamiento emocional y mayor satisfacción laboral con su trabajo que los hombres (Schaufeli, Greenglass). Los predictores de burnout en los

hombres están en relación con el trabajo, mientras en las mujeres se originan tanto en la familia como en el ámbito laboral.

Los factores de burnout pueden ser similares para hombres y mujeres, como, por ejemplo, las condiciones económicas, sociales y políticas.

Gran parte de la población femenina que trabaja remuneradamente, lo hace en actividades o profesiones de servicio, en los que la atención o cuidado de otros es la función fundamental y le exige un gran compromiso emocional. El mejor ejemplo es el de las enfermeras. Investigadores de la Universidad de Harvard, de Estados Unidos, realizaron un seguimiento, durante cuatro años, a 21.290 enfermeras para evaluar las condiciones que influían en el estado de salud física y emocional de estas trabajadoras. El estudio demostró que, con el tiempo, las mujeres con actividades que demandan una alta carga laboral, con poco control sobre ella, y escaso apoyo de su entorno laboral, presentan una disminución importante de sus niveles de salud emocional y física y un deterioro de sus habilidades. En México, una investigación que tenía como objetivo establecer una aproximación al perfil de riesgo de burnout en el personal sanitario (en 294 profesionales de atención primaria y atención especializada), llegó a la conclusión de que el perfil epidemiológico de riesgo es: una mujer de más de 44 años sin pareja estable (por separación, divorcio o viudez), con más de 19 años de antigüedad en la profesión y más de 11 en el mismo lugar de trabajo, profesional de atención especializada, con más de 21 pacientes diarios a su cargo, a los que dedica más del 70 por ciento de la jornada laboral, y a ésta, entre 36 y 40 horas semanales (Atance, 1997). Para la

psicóloga Gabriela Charnes, las fuentes de estrés en los y las profesionales de ayuda son las características propias del trabajo, el ambiente organizacional, y las características individuales. Características propias del trabajo: En el caso del personal de salud, el contacto directo con la persona que recibe la ayuda puede ser fuente de tensión emocional por las características, sentimientos y conductas propias de las personas enfermas; la naturaleza misma de la enfermedad o problemática; los problemas de comunicación con los usuarios; la frustración relativamente alta de los profesionales de la salud, sobre todo en los primeros años de su ejercicio profesional; el conflicto de rol, es decir, la brecha existente entre las exigencias de otros actores del sistema (colegas, pacientes, familiares de pacientes) respecto del comportamiento del profesional y las posibilidades reales del mismo. Factores ambientales y organizacionales: En esta categoría se incluyen el escaso control que tiene el profesional sobre el ambiente laboral (contratos, horarios) y sobre el impacto de sus intervenciones; la ambigüedad del rol, es decir, la ausencia de información clara respecto de las tareas que se espera que cumpla. Otras variables organizacionales descritas como factores causales de burnout son la sobrecarga asistencial; la ausencia de espacios estructurados de aprendizaje, de reflexión y elaboración; la falta de participación en la toma de decisiones acerca del trabajo; la falta de coordinación y de comunicación entre profesionales; liderazgo y supervisión inadecuados; ausencia de entrenamiento y de orientación frente a la problemática o tarea; escasos espacios de interacción social y de apoyo mutuo; sobrecarga de trabajo administrativo. Características individuales: Las investigaciones y estudios

indican que el síndrome de burnout está relacionado con algunas características de personalidad: ansiedad neurótica, expectativas y objetivos poco claros, autoestima baja. También las personas más flexibles tienden a vivenciar mayor estrés respecto del conflicto de roles, puesto que tienen dificultades en fijar límites y rechazar demandas complementarias a su trabajo (Charnes, 2001).

Causas definidas de burnout en mujeres son: Las sobrecargas de trabajo; El continuo trato con personas deprimidas; La impotencia ante la enfermedad; Los turnos rotativos que perturban el ritmo biológico de los trabajadores; Los trabajos nocturnos; El alto índice de contratación temporal; Las cargas de trabajo familiares (más del 80 por ciento de los profesionales son mujeres); La alta responsabilidad de las tareas que realizan.

3. Estado civil. El estado civil y las relaciones establecidas dentro del ámbito familiar han sido dos características ampliamente estudiadas. Los profesionales solteros, experimentaban mayor *burnout* que los casados (Golembiewski *et al.*, 1986; Seltzer y Numerof, 1988), mayor cansancio emocional y despersonalización (Maslach, 1982), aunque otros estudios no arrojaron los mismos resultados (Durán, Extremera y Rey, 2001; Schwab, Jackson y Schuler, 1986). Como ha disentido Maslach (1982), el hecho de

tener hijos puede funcionar como un factor de protección ante el *burnout* puesto que se relacionaría con la supuesta maduración que acompaña al ser padre, la mayor experiencia en resolver problemas en los que están involucrados niños y el apoyo emocional recibido por parte de la familia.

4. Turnos laborales y Horario. La existencia de turnos laborales puede conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio.

5. Antigüedad profesional. No se ha conseguido demostrar relación alguna con el burnout. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Otros encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos burnout presentan y por ello siguen presentes.

6. Número de horas de contacto. Es conocida la relación entre burnout y sobrecarga laboral, de manera que este factor produciría actuar, tanto de forma cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece

existir una clara relación entre el número de horas de contacto y la aparición de burnout, aunque es mencionada en algunos estudios.

7. Salario. También el salario ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de burnout en los profesionales, aunque no queda demostrado en la literatura.

ii. El Factor Personal o Individual.

Las causas que generan el síndrome del burnout tienen muchas veces que ver con las propias cualidades personales. Aunque no existe un perfil de afectado delimitado, sí que se pueden identificar determinados rasgos de la personalidad más propensos a ser alcanzados por el agotamiento emocional.

Son muchas las variables y características de personalidad de los profesionales relacionadas con el síndrome de burnout. Algunas no son estrictamente variables de personalidad, pero suelen ser encuadradas dentro de éstas, al referirse a aspectos individuales modulados por la forma de comportarse de cada individuo. Respecto al locus de control, la mayoría de las referencias de la literatura científica señala que los profesionales con más locus de control externo tienen mayor tendencia a sufrir *burnout*, incluso se indicaba una correlación significativa entre el locus de control y las

escalas de *burnout* del MBI (McIntyre, 1981). En cuanto a las investigaciones realizadas sobre la autoconciencia, autocontrol y autoeficacia, una mayor autoconciencia, mayor nivel de autocontrol y de autoeficacia suponen un factor protector ante el burnout; por otro lado, niveles altos de *burnout* correlacionan con puntuaciones bajas en estas variables. Tan solo Pines (1993) señalaba que sólo las personas muy motivadas y con una alta autoeficacia corren el riesgo de padecer burnout mientras que las poco motivadas y con una baja autoeficacia tan solo experimentan estrés, fatiga e insatisfacción. Otra de las variables estudiadas ha sido el patrón de conducta tipo A (PCTA), tradicionalmente asociada al *burnout* como moduladora o facilitadora de la experiencia de estrés. Sin embargo, Rudow y Buhr (1986) no encontraban relaciones significativas entre este patrón de conducta y la experiencia de estrés. La autoestima del profesional, ha sido otra característica relacionada con el burnout.

Según los especialistas aquellas personas con más confianza en sí mismas, en sus capacidades y cualidades, suelen ser más enérgicas, activas, responsables y resistentes, mientras que las que son más conformistas, más sugestionables, inseguras y dependientes son más proclives a presentar ansiedad o depresión, ante las situaciones estresantes.

Estas son algunas de las características inherentes al profesional que motivan la aparición del burnout.

Alta motivación para la ayuda	Alto grado de empatía
Alto grado de altruismo	Baja autoestima
Constancia en la acción	Tendencia a la sobre-implicación emocional
Baja autoeficacia	Reducidas habilidades sociales

Por tanto, dicho factor se relaciona con el desajuste entre nuestras expectativas y la realidad cotidiana, y el grado de adaptación entre esta y aquellas.

a. Expectativas altruistas. Ayudar a los que sufren. A priori, cuando comentamos nuestro papel como personas que de forma desinteresada ayudan a otras personas que sufren, como única recompensa tenemos el gozo de su alivio. También sería difícilmente discutible a priori, el acompañamiento a las cualidades técnicas, de valores como empatía, ternura, delicadeza, tolerancia, flexibilidad, respeto... en definitiva, humanismo. Pero estos valores con frecuencia de forma sutil y no tal sutil entran en dilema con los requerimientos que actualmente se nos exige. Primero es difícil mantener un equilibrio maduro, entre los aspectos positivos de estas expectativas y sus aspectos neuróticos. No es difícil pasar la

barrera de la empatía al paternalismo, del humanismo a la dependencia patológica, de la responsabilidad al perfeccionismo fóbico. Actualmente se priman sobre todo los aspectos técnicos, el ahorro económico, etc., pero con frecuencia entran en colisión con los aspectos humanos. Se observa con frecuencia la infravaloración de estos atributos, con frases como paternalista, fomento de dependencia, falta de control de la demanda. Es frecuente observar que aquellos profesionales que priman sus aspectos humanos, se cargan de clientes (pacientes). Parecería pues que el sistema no favorece estos aspectos humanos, lo que hace caer al profesional en frecuentes contradicciones.

b. Expectativas profesionales: ser un profesional competente y ser considerado como tal. Sentirse competente: este sentimiento se fundamenta en el binomio “Saber lo que hay que hacer y poderlo hacer”. Por un lado el saber es amplísimo, la oferta informativa es muy amplia pero quizás poco organizada y en la mayoría de las ocasiones sólo es accesible con un trabajo extra fuera de la jornada laboral, esto supone una ampliación encubierta de la jornada. Además supone tener que escoger entre la familia y la profesión, lo que lleva al profesional a sentirse culpable haga lo que haga. Por otro lado está el poderlo hacer, es decir “somos lo que hacemos diariamente”. Es frecuente que la alta presión asistencial y la burocratización del trabajo nos impida aplicar plenamente lo aprendido, con lo que se acaba perdiendo, lo que hace que nos vayamos descapitalizando profesionalmente,

reduciendo nuestra capacidad resolutiva y se llegue a una importante situación de frustración y sentimiento de minusvalía.

c. Expectativas sociales: Tener un prestigio social y buenos ingresos económicos.

No hace muchos años el profesional era considerado como un trabajador de prestigio con una alta consideración social y un importante estatus económico. Actualmente raro es el día, que no sale en la prensa una noticia de negligencia, que nos haga sentir en permanente acoso, con otras sobre logros que hacen que cotidianamente se nos exijan mejores rendimientos. Con frecuencia el profesional se siente perseguido y maltratado socialmente.

iii. El Factor Profesional.

En gran parte de la literatura sobre variables organizacionales (Burke y Greenglass, 1995; Byrne, 1991) se realizan estudios de diversos aspectos propios del trabajo y se correlacionan con alguna medida de burnout, siendo la más utilizada el MBI de Maslach y Jackson (1986). Todos los factores relacionados con la sobrecarga laboral están íntimamente relacionados con el cansancio emocional. Los trabajos administrativos que cada vez más realizan los profesionales y los conflictos de rol también provocan un aumento en los niveles de estrés y en los inicios de cuadros de burnout. Respecto a la ambigüedad de rol, a pesar de que la mayoría de investigaciones arroja resultados en la misma línea, hay autores como Friesen y Sarros (1989) que no encuentran diferencias significativas en su relación con el burnout.

La profesión implica un trato directo y continuado con los usuarios y familiares, lo que supone un goteo emocional. Existe una carga de proximidad al esfuerzo y sufrimiento cotidiano. Mayor implicación emocional. Familiaridad. Difícil mantener la distancia.

Dentro de estos factores podemos agrupar de forma definida un grupo que algunos autores denominan Factores interpersonales:

- Existe una relación entre nuestras expectativas y la realidad cotidiana y el grado de adaptación personal al potencial desajuste.
- Existen expectativas de logro; por ejemplo, el deseo de obtener prestigio social, de ser reconocido como un profesional competente...
- Otras son expectativas altruistas o idealistas, como por ejemplo el poder ayudar a otros a aprender, a mejorar sus condiciones sociales, mejorar la sociedad o el sistema sanitario, etc. Cuantas más expectativas y más altas sean éstas mayor riesgo de generar burnout existirá.
- El sentimiento de competencia, saberse competente, es uno de los que mayor satisfacción produce. Este sentimiento se fundamenta en el binomio saber lo que hay que hacer y poder hacerlo.
- El saber, hace referencia, a la formación del profesional y a su permanente actualización y el poder hacer depende de las condiciones laborales y dónde esté ubicado el centro en el que se trabaje.

iv. Factores Organizativos Empresariales.

Son múltiples los factores que podemos describir en este apartado. Por ello describiremos los que mayor relación tienen con los profesionales sanitarios.

- *Presión laboral excesiva.* Provoca agobios, escaso tiempo de dedicación al usuario y aumento de la posibilidad de cometer errores.
- *Burocratización excesiva.* Estamos perdiendo el tiempo en labores burocráticas que nos quitan mucho tiempo de dedicación real de los problemas.
- *Escaso trabajo real de equipo.* Este tema crea importantes tensiones y gasto intensos de energía sin ofrecer nada a cambio. En realidad, el trabajo en equipos con buena armonía es una ilusión en la sanidad.
- *Falta de sintonía con la Dirección.* Parece haber un problema de comunicación entre muchos profesionales y sus responsables inmediatos, jefes de servicio, etc.
- *La falta de tiempo* dedicado a la preparación del material de trabajo hace que, muy frecuentemente la jornada no finalice a su hora y que muchas veces tengan que llevarse el trabajo a casa.

- La falta de previsión en las suplencias, la posibilidad de que se presenten urgencias no previstas, lleva a la sensación de un trabajo en cadena con la consiguiente falta de control sobre el mismo.

2.3 DESARROLLO DEL PROCESO: BURNOUT^{1-3,68-79}.

Una vez conocida la etiología como factor de origen del fenómeno que pretendemos analizar y comprender, vamos a intentar explicar como este se va desarrollando hasta llegar a manifestarse y dominar al sujeto que lo padece, pasando de ser sólo unas manifestaciones no reconocidas a un verdadero síndrome definido y preciso.

El síndrome de burnout es un estado que se desarrolla gradualmente en respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos. Es decir, no aparece repentinamente sino que es continuo y fluctuante en el tiempo. El burnout es de naturaleza idiosincrásica, diferente para cada individuo, único en su manifestación en cada persona. Debido a esta característica se han propuesto varios modelos de desarrollo para el burnout.

MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

i. Modelo de PINES Y ARONSON (1988).

Definen el burnout como un estado de agotamiento físico, mental y emocional causado por una implicación a largo plazo de situaciones emocionalmente exigentes. Las exigencias emocionales se definen como aquellas donde se da una combinación de altas expectativas y situaciones

de estrés crónico. El burnout representa un punto de ruptura con la capacidad de enfrentarse al medio ambiente. Para estos autores, se acompaña de un vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y actitudes negativas sobre el trabajo y la vida. Aparece en personas idealistas y entusiastas que sienten la necesidad de dar un sentido a sus vidas.

ii. Modelo FABER (1991).

El modelo de Faber sugiere una serie de estadios consecutivos, donde cada uno puede desencadenar el siguiente. El burnout se entiende como un síndrome relacionado con el trabajo y que surge de la percepción de una discrepancia entre el esfuerzo y la recompensa, estando esta percepción influida por factores individuales, organizacionales y sociales. Sus fases serían:

1. Entusiasmo y dedicación.
2. Frustración e ira (como respuesta al estrés del trabajo que frena el entusiasmo).
3. Inconsecuencialidad o falta de correspondencia entre la energía invertida y la recompensa conseguida.
4. Abandono de compromisos e implicaciones laborales.
5. Vulnerabilidad personal. Aparecen los problemas físicos (hipertensión, alt. digestivas, dolores) cognitivos (echar la culpa a otros, atención egoísta de las necesidades) y emocionales (irritabilidad, tristeza, falta de paciencia).

6. Agotamiento y descuido (ausencias frecuentes, deseo de dejar el trabajo).

iii. Modelo de CHERNISS (1992).

Según Chernis, el síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas:

- En la primera tiene lugar un *disbalance entre las demandas y los recursos*, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial.
- En la segunda, se produce un estado de *tensión psicofísica*.
- En la tercera, se suceden una serie de *cambios conductuales*, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

iv. Modelo de MASLACH y LEITER.

Este modelo multidimensional es el más aceptado por la comunidad científica internacional y recoge las experiencias y estudios elaborados por Maslach, Jackson y Leiter en los últimos veinte años. Utilizan el Maslach Burnout Inventory (MBI) como método de instrumento fundamental de

evaluación y establecen que el burnout es concebido como una experiencia individual y crónica de estrés relacionada con el contexto social. El modelo incluye tres componentes:

1. La experiencia de estrés.
2. La evaluación de los otros.
3. La evaluación de uno mismo.

Es un síndrome psicológico constituido por el agotamiento emocional (componente de estrés que implica una capacidad para obtener de uno mismo los suficientes recursos emocionales necesarios para afrontar el trabajo); la despersonalización (este concepto está asociado a la evaluación de los demás en la que afloran sentimientos negativos de distanciamiento y cinismo con respecto a los clientes) y una baja realización personal (aspecto relacionado con la evaluación negativa de uno mismo y con sentimientos de insatisfacción sobre el resultado de su trabajo). Lo primero que aparece en el sujeto es el cansancio emocional dando paso posteriormente a la despersonalización y a la baja realización personal.

v. Modelo de SCHAUFELI Y ENZMANN (1998).

Para estos autores el burnout se define y desarrolla en base a dos razones:

» Un patrón típico de procesamiento emocional y cognitivo en el que participan cuatro principios psicológicos:

1) *Sentido*: los trabajadores se queman cuando sus motivaciones, tanto personales como profesionales son puestas en entredicho. Por tanto, sólo los motivos esenciales para la identidad profesional son los que pueden generar burnout.

2) *Reciprocidad*: no es la sobrecarga de trabajo la que causa el problema, sino la falta de reciprocidad percibida, el desequilibrio entre esfuerzo y resultados.

3) *Procesos inconscientes*: determinados procesos como la negación y la supresión contribuyen al burnout. Estos procesos explican como el síndrome permanece latente o desconocido durante muchos años.

4) *Personalidad*: el burnout parece estar modulado por rasgos del individuo, tales como la necesidad de comparación social, sentimientos, etc.

» Un contexto social caracterizado por tres niveles de factores interdependientes:

1) Nivel interpersonal: el burnout debe entenderse en el lugar de trabajo donde se generan las relaciones con los usuarios y compañeros.

2) Nivel organizacional: las relaciones con la organización influyen ya que esta impone demandas y reglas, la relación individuo-empresa se manifiestan en un contrato psicológico.

3) Nivel social: el burnout debe entenderse en un contexto social y cultural amplio.

Como resumen podemos decir que el síndrome de burnout se caracteriza en cuanto a su desarrollo por:

- Ser insidioso: Se impregna poco a poco, uno no esta libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona. Con frecuencia es difícil de establecer hasta que punto se padece el síndrome o simplemente se sufre el desgaste propio de la profesión y donde esta la frontera entre una cosa y la otra.

- Se tiende a negar: Ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los que primero lo detectan, lo que representa una baza importante para su diagnóstico precoz.

- Existe una fase irreversible: En el 5% - 10 % de los casos el síndrome adquiere tal virulencia que resulta irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono de la profesión (baja laboral). Por esta razón merece la pena realizar medidas preventivas ya que con frecuencia el diagnóstico precoz es complicado y la diferencia entre un simple desgaste, depresión, estrés o síndrome de burnout implantado es muy sutil.

Conclusión

Todas estas investigaciones utilizan instrumentos correlacionados entre ellas. Casi todas utilizan el método de evaluación MBI y la entrevista. En cuanto a la delimitación del concepto no hay una definición unificada entre estrés, fatiga o Burnout. Byrne, Kyriacou y Sutcliffe y Rudow destacan factores y variables personales como las más determinantes frente al modelo de Leithwood que da más importancia a las características organizacionales.

El modelo multidimensional Maslach y Leiter contempla la interacción de varios tipos de factores, sin destacar de forma particular a unos más que a otros, sino que será esta interacción la que delimite cuales son las variables más importantes en un caso en concreto.

vi. **Fases del Burnout según EDELWICH y BRODSKY (1980).**

Jerry Edelwich y Archie Brodsky definen el burnout *como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo.*

Proponen cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con burnout:

Etapa de idealismo y entusiasmo. El individuo posee un alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario. Al comienzo de su carrera existen bastantes motivaciones intrínsecas. Hay una hipervalorización de su capacidad profesional que le lleva a no reconocer los límites internos y externos, algo que puede repercutir en sus tareas profesionales. El incumplimiento de expectativas le provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa.

Etapa de estancamiento. Supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios, que incluyen necesariamente el ámbito profesional.

Etapa de apatía. Es la fase central del síndrome burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los

problemas emocionales, conductuales y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. Se evita el contacto con los compañeros, hay faltas al trabajo y en muchas ocasiones se da el abandono de éste y en los casos más extremos de profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes abriendo el camino para la última etapa de burnout, la del distanciamiento.

Etapa de distanciamiento. La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar tantos desafíos de su trabajo diario, como a los usuarios, de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de inadecuado, posee compensaciones (el sueldo, por ejemplo) que justifican la pérdida de satisfacción.

2.4 SÍNTOMAS Y MANIFESTACIONES DEL BURNOUT¹⁶⁻

55,80-102

En este apartado vamos a desarrollar el fenómeno desde la perspectiva más clínica, es decir, desde la presencia de unas manifestaciones o síntomas que aparecen en los profesionales afectados.

A partir de los trabajos iniciales, el cuadro clínico fue recibiendo los aportes de otros estudios hasta que en noviembre de 1981 se celebró en Filadelfia la I Conferencia Nacional sobre Burnout que sirvió para aunar los criterios. Si bien inicialmente se proponía una instauración secuencial según los tres grandes aspectos antes enunciados (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal), fue ganando terreno la idea de que no es necesario este orden secuencial, y pueden darse formas agudas y crónicas del síndrome (Golembiewski y Leiter). No obstante hay coincidencia en describir una constelación de síntomas que van rodeando la triada central:

i. Síntomas físicos de estrés.

Los síntomas físicos con los que puede manifestarse el síndrome de burnout pueden ser los siguientes: cansancio, fatiga desproporcionada, trastornos del sueño y malestar general, cefaleas, contracturas y dolores osteomusculares, alteraciones de la digestión y/o gastrointestinales, taquicardia, hipertensión, etc. Es importante tener en cuenta que a diferencia

de un estrés puro, el burnout siempre está asociado a sentimientos de desvalorización y fracaso.

ii. Manifestaciones emocionales y mentales.

Los datos clínicos de carácter emocional pueden ser sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. El nerviosismo suele traducirse en inquietud y desasosiego, dificultad para la concentración o disminución de la memoria inmediata y una baja tolerancia a la frustración, impaciencia e irritabilidad, sentimiento oscilante de impotencia a omnipotencia, desorientación y comportamientos paranoides y /o agresivos hacia los usuarios, compañeros y la propia familia.

iii. Manifestaciones conductuales.

Las manifestaciones de carácter conductual vienen representadas sobre todo por mala comunicación, un predominio de conductas adictivas y de evitación, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, trastornos en mayor o menor grado del apetito y la ingesta, absentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los usuarios y compañeros, y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia.

En 1980 Cherniss afirma que el síndrome puede darse como consecuencia de una sensación personal e íntima de ineficacia, y describe su instalación en tres fases evolutivas.

En la primera etapa, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial. En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica con diversas manifestaciones psicosomáticas que ya describimos. Y en la tercera, se suceden una serie de cambios de conducta, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, con un cariz pesimista, escéptico o disfrazado de cinismo, anteponiendo la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

iv. Instauración y Desarrollo del Síndrome.

¿Cómo se va instalando el síndrome y manifestando en la práctica? Con todos los elementos descriptivos que ya hemos mostrado, veamos cómo progresa en la práctica un cuadro de burnout, teniendo en cuenta que la agresividad y la hostilidad van ganando terreno en las relaciones interpersonales, y el distanciamiento, escepticismo o cinismo al que se acudió inicialmente cada vez resulta menos contenedor:

- **Nivel 0.** Aparecen síntomas premonitorios como la hiperactividad, se cargan de trabajo, se involucran excesivamente, trabajan más horas sin cobrarlas, sienten que nunca tienen tiempo, manifiestan sentimientos de desengaño.
- **Nivel 1.** Falta de ganas de ir a trabajar. Malestares inespecíficos, contracturas, cefaleas, cansancio. Preguntado concretamente qué es lo que le pasa, la respuesta es "no sé, no me siento bien".
- **Nivel 2.** Cada vez se ve con más claridad que le molesta el trabajo, y en particular relacionarse con el entorno laboral. Al principio "con los pacientes todo bien", "son los familiares, la administración, los sindicalistas, etc.". Puede generarse sensación de persecución ("todos están en contra mío"), o de haber llegado al límite y no poder dar más de sí mismo, nada resulta suficiente, se incrementa el absentismo, se fantasea o se solicita el traslado a otro puesto y se incrementa la rotación.
- **Nivel 3.** Disminución evidente en la capacidad y el rendimiento laboral. Pueden comenzar a aparecer enfermedades psicosomáticas (alergias, psoriasis, traumatismos, hipertensión, cuadros de acidez o ulcerosos, etc.). En esta etapa se comienza la automedicación, que al principio tiene efecto placebo pero luego requiere de mayor dosis. En este nivel se ha verificado el comienzo de la ingesta alcohólica. No suele acudir a ayuda profesional, en todo caso apenas a una consulta "de pasillo" con algún colega.

➤ **Nivel 4.** Esta etapa se caracteriza por el alcoholismo, tabaquismo aumentado, trastornos importantes del apetito y la ingesta, drogadicción con fármacos diversos, intentos de suicidio (en cualquiera de sus formas). Hay una incapacidad para relajarse dentro o fuera del trabajo, se tiende a adoptar conductas de riesgo y a jugar con los límites (aumento de velocidad al conducir, comportamientos agresivos y/o provocadores, aumento de conductas y reacciones violentas, fantasías de revanchismo, perjuicio, reivindicaciones, viajes, etc.). El absentismo es marcado, suelen profundizarse cuadros previos o aparecer enfermedades graves tales como cáncer, accidentes cardiovasculares, etc. Durante esta etapa, generalmente ha fracasado el intento de cambio de puesto o se ha avanzado en una rotación improductiva y sin resultados, y un recurso habitual es la tendencia a abandonar el trabajo y distintas maniobras, intencionales o no, para hacerse echar. Un detalle a resaltar: esto suele ocurrir de lejos con la mayor frecuencia en personas con mayor sensibilidad, dedicación, entrega, ideales elevados, y más dispuestos a ayudar a los demás, que no profesan la cultura del “escaqueo” como hábito y al no poder cambiar las condiciones externas, terminan usándose a sí mismos como variable de ajuste.

v. Otros aspectos característicos del Síndrome Clínico de Burnout son:

▪ Progreso insidioso, su aparición no es súbita, sino que emerge de forma paulatina, larvada, incluso con aumento progresivo de la severidad.

- Es difícil prever cuándo se va a producir, va y viene, no es lineal y va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona, con días de claridad y otros oscuros. Más bien es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de forma que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en diferente trabajo.

- A menudo es difícil establecer hasta qué punto se padece concretamente este síndrome, o se está atravesando una mala etapa reactiva, a un ambiente progresivamente más adverso, más el desgaste propio de la profesión. Los límites son imprecisos, pero como veremos luego, es posible medirlo y trazar un diagnóstico preventivo o de hecho.

- Siempre inicialmente tiende a negarse, ya que el trasfondo de fracaso profesional y personal está al acecho defensivamente e impide que se percate y asuma como tal. A menudo son los compañeros más próximos los que primero notan los cambios y sacan el tema o preguntan qué es lo que le está pasando.

- A partir de un contexto de reversibilidad, sobre todo en las tres primeras etapas, hay luego una fase irreversible que alcanza hasta a un 10 % de los profesionales, donde el síndrome adquiere tal virulencia que resulta irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono del trabajo.

En conclusión debemos entender que el concepto más importante es que el burnout es un proceso (más que un estado) y es progresivo (acumulación de contacto intenso con consultantes). El proceso incluye:

1. Exposición gradual al desgaste laboral.
2. Desgaste del idealismo.
3. Falta de logros.

Además existen una serie de efectos provocados por éste fenómeno:

- Afecta negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste por empatía (Compassion Fatigue).
- Favorece la Respuesta Silenciosa (Danieli, 1984, Baranowsky 1997) que es la incapacidad para atender a las experiencias de los consultantes, que resultan abrumadoras.
- Gradualmente el cuadro se agrava en relación directa a la magnitud del problema, inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición les agobia y a menudo agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan.
- El sentirse usado, menoscabado o exhausto debido a las excesivas demandas de energía, fuerza o recursos personales, crea además intensas repercusiones en la persona y en su medio familiar.

- Estados de fatiga o frustración son el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida, o relación que fracasó al intentar obtener una recompensa esperada.
- La progresiva pérdida del idealismo, de la energía y el propósito que experimentan muchos profesionales que trabajan ayudando a otras personas son el resultado de sus condiciones de trabajo.
- El síndrome de agotamiento, es el último paso en la progresión de múltiples intentos fracasados de manejar y disminuir una variedad de situaciones laborales negativas.

La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es extensa, pudiendo ser leves, moderados, graves o extremos. Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirve de primer escalón de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico, en un nivel moderado se presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa.

Los graves se expresan en el abuso de psicofármacos, absentismo, abuso de alcohol y drogas, entre otros síntomas. Es la repetición de los factores estresantes lo que conforma el cuadro crónico, que genera baja autoestima, un estado de frustración agobiante con melancolía y tristeza, sentimientos de impotencia, pérdida, fracaso, estados de neurosis, en

algunos caso psicosis con angustia y/o depresión e impresión de que la vida no vale la pena, llegando en los casos extremos a ideas francas de suicidio.

Algunos síntomas:

Baja autoestima	Tristeza	Ideas de suicidio
Abandono	Neurosis	Irritabilidad
Melancolía	Psicosis	Cinismo
Aburrimiento	Perdida del idealismo	Frustración
Incompetencia	Autovaloración negativa	

Todos estos conocimientos de los capítulos anteriores nos han servido para conocer en que forma aparece, se desarrolla y se manifiesta el fenómeno del quemado en el ámbito sanitario. Ahora nos encontramos en mejores condiciones de abordar un aspecto determinante pero más racional como es la posibilidad de medir (cuantificar) la presencia de esta enfermedad.

2.5 CUANTIFICACIÓN– MEDICIÓN DEL BURNOUT^{3,93,94,104-}

115

En este nuevo apartado vamos a intentar abordar el problema desde una perspectiva concreta: la posibilidad de medirlo y mediante qué instrumento. Es sin lugar a dudas, un capítulo más árido por cuanto se necesitan conocimientos de estadística clínica y matemática aplicada para poder llegar a comprender el por qué, pero es tan necesario para la posterior fase práctica que sin él no podríamos obtener resultados, compararlos y poder poner números en una cuestión meramente psicológica.


Muchos fueron los índices que se describieron previamente para intentar medir el fenómeno del sanitario quemado, pero todos fueron rechazados uno por uno por falta de consenso y de validación en la comunidad científica. Estas experiencias previas sirvieron sin embargo para llegar a aceptar una herramienta que fue consensuada en el Congreso Americano Anual de Psicología. Por tanto, hoy día se acepta que el síndrome de burnout se puede medir por medio del cuestionario de Maslach. Este cuestionario fue descrito en 1986 y de forma autoaplicada mide el desgaste profesional. Se cumplimenta en unos 10-15 minutos y mide los tres aspectos del síndrome: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario auto-administrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia sus usuarios. Se consideran puntuaciones bajas, las obtenidas por debajo de 34 puntos. Este sistema de

medición ha sido adaptado en nuestro país por diversos autores como Moreno B, Oliver y otros.

i. Escala de MASLASCH.

La escala de Maslasch (MBI) es por un cuestionario que contiene 22 puntos. Estos son los siguientes:

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que usted siente los enunciados

	<p>0= NUNCA</p> <p>1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS</p> <p>2= UNA VEZ AL MES O MENOS</p> <p>3= UNAS POCAS VECES AL MES</p> <p>4= UNA VEZ A LA SEMANA</p> <p>5= POCAS VECES A LA SEMANA</p> <p>6= TODOS LOS DÍAS</p>
--	--

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío.
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada

	de trabajo me siento fatigado.
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes.
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.
8	Siento que mi trabajo me está desgastando.
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
10	Siento que me he hecho más duro con la gente.
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.
13	Me siento frustrado en mi trabajo.
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes.
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.

17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.

Estas preguntas se distribuyen en tres dimensiones específicas que son: la emocional, la de despersonalización y la de realización personal. Para su lectura debemos saber a que pregunta corresponde cada una de las escalas.

<u>Aspecto Evaluado</u>	<u>Respuestas a sumar</u>	<u>Total</u>
Cansancio Emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	
Realización Personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	

Veamos más detalladamente los resultados de cada subescala.

ii. Subescalas.

- Subescala de agotamiento emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54
- Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30
- Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48

Se consideran que las puntuaciones son bajas entre 1 y 33.

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Estas tres subescalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

6 = Todos los días

Para la interpretación de este índice se considera que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33, y las puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero son las que definen el síndrome.

3 MATERIAL Y MÉTODOS.

3.1 ÁMBITO.

El estudio se llevó a cabo en el Área de Salud VI del Servicio Murciano de Salud. Dicha Área incluye el Hospital General Universitario “JM Morales Meseguer” (HGUMM) y los Centros de Salud adscritos a él. El HGUMM es un hospital de Área (nivel II) de 418 camas que trata cualquier patología aguda de adultos, con exclusión de las especialidades de tercer nivel (excepto Oncohematología, con la que sí cuenta), Pediatría, Obstetricia y Ginecología. Se estima que el total de ciudadanos que atiende esta Área de Salud es de 300.000.

3.2 UNIDADES DE ESTUDIO.

Las unidades de estudio fueron el personal sanitario que trabaja en el Área de Salud VI del Servicio Murciano de Salud.

Se consideraron como criterios de inclusión:

- Médicos especialistas, médicos residentes, personal de enfermería, auxiliares de enfermería y 'otros' (farmacéuticos, fisioterapeutas...).
- Hombres y mujeres.
- Que aceptaran participar en el estudio.

Los criterios de exclusión considerados fueron:

- Personal sanitario no adscrito al Área de Salud VI (médicos residentes en rotaciones externas de otras Áreas de Salud, becarios).
- Estudiantes sanitarios en periodo de prácticas.
- Personal sanitario que se niegue a participar en el estudio.

Tipo de estudio

Se trata de un estudio prospectivo y transversal de prevalencia ya que es el tipo de estudio ideal para cumplir nuestros objetivos, porque permite examinar las relaciones entre las enfermedades o entre las características relacionadas con la salud y otras variables de interés, del modo en que existen en una población y momento determinados. En la tabla se esquematizan las características concretas del mismo desde los diferentes puntos de vista metodológicos.

		Características
Por el control de la maniobra	Observacional	<ul style="list-style-type: none"> - Prácticos y factibles. - Generalizables a poblaciones geográfica o demográficamente definidas.
Por la captación de la información	Prospectivo	<ul style="list-style-type: none"> - Inicia con la exposición de una causa. - Puede seguir a través del tiempo.
Por la medición de las variables	Transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de variables en un único momento. - Permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad. - Puede estudiar varias variables.
Por la dirección del análisis	Estudio Transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de variables en un único momento.
Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras	Abierto	<ul style="list-style-type: none"> - Ensayo clínico sin grupo control. - Lo contrario a ensayo clínico controlado ciego simple o doble ciego.

Población de estudio

Entre el 1 de Febrero y el 30 de Abril de 2014 se repartieron 250 cuestionarios entre los trabajadores del Área de Salud VI de la Región de Murcia (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y “otros” (fisioterapeutas, administrativos, etc.) con el fin de tratar de determinar tanto la prevalencia del Síndrome de Burnout, como los factores asociados al mismo.

3.3 HERRAMIENTAS UTILIZADAS.

Cuestionario Maslach Burnout Inventory^{3,93,94}

El Síndrome de Burnout se estudió mediante la versión española del MBI²⁴. Consta de 22 ítems, con respuestas en una escala de Likert de 7 opciones, respecto a la frecuencia en que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo y con una puntuación posible de 1 a 7 para cada ítem.

Este cuestionario tiene tres dimensiones: cansancio emocional (CE) con 9 ítems, que refleja la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás; despersonalización (DP) con 5 ítems, que describe una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes, y realización personal (RP) con 8 ítems, que expresa sentimientos de competencia y éxito. En contraste con los dos componentes previos, en esta última dimensión los valores bajos son indicativos del Síndrome de Burnout. La clasificación en nivel bajo, medio y alto para cada dimensión del MBI se realizó utilizando los puntos de corte que dividen en tertiles una muestra española de 1.138 personas, incluida en el manual de uso del cuestionario²⁴. Los puntos de corte para CE se sitúan en los valores 15 y 24 (es bajo si la puntuación es inferior a 15 y alto si es superior a 24), para DP en 4 y 9, y para RP en 33 y 39.

Escala de MASLACH

Deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones, en función a la siguiente escala:

1=Nunca; 2=Pocas veces al año; 3=Una vez al mes o menos; 4= Varias veces al mes; 5= Una vez a la semana; 6= Varias veces a la semana; 7= Todos los días.

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo: 1 2 3 4 5 6 7
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo: 1 2 3 4 5 6 7
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar: 1 2 3 4 5 6 7
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes / clientes: 1 2 3 4 5 6 7
5. Trato a algunos pacientes/clientes como si fueran objetos impersonales: 1 2 3 4 5 6 7
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo: 1 2 3 4 5 6 7
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes / clientes: 1 2 3 4 5 6 7
8. Me siento "quemado" por mi trabajo: 1 2 3 4 5 6 7

9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas: 1 2 3 4 5 6 7
10. Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión / tarea: 1 2 3 4 5 6 7
11. Me preocupa el hecho de que mi trabajo me endurezca emocionalmente: 1 2 3 4 5 6 7
12. Me siento muy activo: 1 2 3 4 5 6 7
13. Me siento frustrado en mi trabajo: 1 2 3 4 5 6 7
14. Creo que estoy trabajando demasiado: 1 2 3 4 5 6 7
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes / clientes: 1 2 3 4 5 6 7
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés: 1 2 3 4 5 6 7
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes / clientes: 1 2 3 4 5 6 7
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes / clientes: 1 2 3 4 5 6 7
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea: 1 2 3 4 5 6 7

20. Me siento acabado: 1 2 3 4 5 6 7
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales
con mucha calma: 1 2 3 4 5 6 7
22. Siento que los pacientes / clientes me culpan por alguno de sus
problemas: 1 2 3 4 5 6 7

Encuesta de satisfacción laboral

El cuestionario general incluía información de variables sociodemográficas, situación profesional (dedicación exclusiva, dedicación compartida), aspectos personales (casado, soltero, viudo, separado, vida en pareja, número de hijos), años trabajados, sector sanitario (quirúrgico/médico) entre otros datos. Además, se estudió la satisfacción laboral de los trabajadores mediante 5 preguntas: *sentirse satisfecho con el tipo de trabajo, con sus superiores, con sus compañeros, con las posibilidades de promoción y con la organización*, puntuándose cada pregunta mediante una escala tipo Likert de 1 a 4. (1= Nada satisfecho; 2 = Poco satisfecho; 3 = Bastante Satisfecho; 4 = Muy Satisfecho).

Tanto el cuestionario, como la encuesta de satisfacción laboral fueron anónimos y se entregaron personalmente o a través de compañeros de trabajo, siendo su recogida igualmente anónima mediante buzón.

Encuesta de Satisfacción laboral

A continuación tiene unas pocas preguntas que incluyen diferentes aspectos relacionados con su trabajo, sobre los que se le pregunta por su grado de satisfacción.

Deberá responder a cada una de estas preguntas, en función a la siguiente escala:

1= Nada satisfecho; **2** = Poco satisfecho; **3** = Bastante Satisfecho; **4** = Muy Satisfecho.

1.- ¿Está Usted satisfecho con el tipo de trabajo?	1	2	3	4
2.- ¿Está Usted satisfecho con sus superiores?	1	2	3	4
3.- ¿Está Usted satisfecho con sus compañeros?	1	2	3	4
4.- ¿Está Usted satisfecho con sus posibilidades de promoción?	1	2	3	4
5.- ¿Está Usted satisfecho con la organización?	1	2	3	4

3.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se realizó con los programas SPSS v.15. y Epidat 4.1. Se realizó estadística descriptiva, análisis bivalente y regresión logística, estableciéndose la significación estadística con un valor de $p < 0,05$. Para comparar los distintos grupos de burnout con el resto de variables categóricas se utilizó el test de la χ^2 . Para compararlo con las variables continuas se usó el test de la t de Student. La comparación de las puntuaciones de la escala de Maslach en variables con más de dos categorías se realizó mediante el análisis de la varianza.

Para valorar si las asociaciones estadísticamente significativas entre variables y síndrome de Burnout en el análisis bivalente eran reales o se podía deber a efectos de confusión al estar interrelacionadas entre ellas, se diseñaron tres modelos de regresión logística en los que se tomó como variable dependiente el indicador de burnout alto para CE, DP y RP, permitiendo, así, evaluar el efecto de cada una de las variables independientes estudiadas sobre el burnout de forma independiente.

La encuesta de satisfacción se valoró mediante una escala tipo Likert con puntuaciones de 1 a 4, considerándose el valor 1 como *nada satisfecho* y 4 como *muy satisfecho*. Para el análisis de los resultados, se consideró convencionalmente una puntuación por encima de 3 como satisfactoria y a partir de 3,5 como muy satisfactoria. Las puntuaciones por debajo de 2 se consideraron como indicativas de insatisfacción laboral, tanto de forma individual, como en la puntuación media de la población a estudio.

4 RESULTADOS.

4.1 RESULTADOS GENERALES.

Durante el periodo de estudio se cumplimentaron un total de 221 cuestionarios (88%), ya que 29 participantes invitados se negaron a realizarlo. Del total de encuestados, 150 fueron mujeres (68%) y 71 hombres (32%), con una edad media de 43 años (rango: 25 - 63 años). Dos tercios de los encuestados (66,5%) están casados o viven en pareja. El 56% tienen hijos (n= 124). La antigüedad media en el SMS fue de 14 años (rango: 1-28 años). La distribución por estamentos se representa en la tabla 1. Como podemos observar el 68% de los encuestados corresponden al estamento de médicos y enfermeros, siendo la distribución en cuanto al ámbito profesional (quirúrgico/médico) similar en el estamento de enfermería y algo más elevado el número de participantes del ámbito quirúrgico entre los médicos (59% vs 41%). El resto de participantes (32%) correspondió a auxiliares de enfermería (18%) y un grupo heterogéneo de trabajadores hospitalarios (14%) que incluye fisioterapeutas, farmacéuticos, personal sanitario sin contacto directo con el paciente (no contacto asistencial), etc.

Categoría laboral	Número	Porcentaje
- Médicos:	93	42%
A. Quirúrgico	55	59%
A. Médico	38	41%
- Enfermería:	57	26%
A. Quirúrgico	18	32%
A. Médico	39	68%
- Aux. Enfermería:	40	18%
- Otros: (fisioterapia, farmacéuticos...)	31	14%

Tabla 1. Distribución por estamentos de los encuestados.
(A. Quirúrgico: ámbito quirúrgico; A. Médico: ámbito médico; Aux: Auxiliar.)

En la Tabla 2 se desglosa la distribución del personal médico por especialidades, distinguiéndose entre especialidades quirúrgicas, médicas intrahospitalarias y médicas extrahospitalarias (Médicos de Familia). No se han hecho desgloses para el resto del personal sanitario no médico porque no existen subespecialidades como en el caso del ámbito de los facultativos, que pudieran suponer factores decisivos para contribuir al desarrollo del SdBt.

Médicos según especialidad	Número	Porcentaje
ORL	3	5,5%
CGD	8	14,5%
COT	5	9%
ANR	7	12,8%
Urología	2	3,7%
Residentes especialidades quirúrgicas	30	54,5%
MI y especialidades médicas intrahospitalarias	12	31,5%
MFYC (especialistas extrahospitalarios)	10	26,3%
Residentes especialidades médicas	16	42,2%

Tabla 2. Distribución por especialidades médicas vs quirúrgicas de los encuestados.
 (ORL: otorrinolaringología; CGD: Cirugía General y Digestiva; COT: Cirugía ortopédica y traumatológica; ANR: anestesia y reanimación; MI: Medicina Interna; MFYC: Medicina de Familia y Comunitaria).
 Los porcentajes están referidos respecto del 100% del grupo no desglosado (ámbito médico vs ámbito quirúrgico)

Dado que el porcentaje de participantes entre los distintos grupos, tanto de forma global, como entre los médicos es bastante homogéneo, no se consideró necesario tener que ponderar los resultados obtenidos por la existencia de un sobremuestreo o sobreparticipación de algún estamento concreto.

4.2 RESULTADOS SOBRE EL CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY.

Los resultados obtenidos para cada una de las 3 dimensiones de la MBI se representan en la tabla 3, donde podemos observar que, según los puntos de corte establecidos para Cansancio Emocional entre 15 y 24 (nivel bajo < 15 y alto > 24), para Despersonalización (en 4 y 9), y para Realización Personal (en 33 y 39), la puntuación media de nuestra población de estudio es de nivel intermedio de Síndrome de Burnout para CE (21,3), nivel intermedio con tendencia a nivel alto (8,6) para DP e intermedia para RP (36,5), presentando un alto grado de burnout para CE el 15% de los sujetos estudiados, el 12,3% para DP y un 7,2% alto grado de SdBt para RP. Ninguno de los participantes en el estudio obtuvo puntuaciones elevadas en las tres escalas a la vez. No hubo diferencias significativas en los resultados de la escala MBI entre los médicos cuyo trabajo es extrahospitalario (médicos de familia) y los médicos intrahospitalarios.

Dimensión		Puntuación	Desviac.	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
MBI	N	media	estándar	bajo	medio	alto
Cansancio emocional	221	21,3	(12,06)	66,7	18,3	15
Despersonalización	221	8,63	(2,01)	51,5	36,2	12,3
Realización personal	221	36,52	(7,10)	78,1	14,7	7,2

Tabla 3. Puntuación en cada dimensión de la escala de Maslach.
(MBI: Maslach Burnout Inventory; N: número de cuestionarios evaluados; Desviac. Estándar: desviación estándar)

En las comparaciones entre médicos especialistas y médicos internos residentes (médicos en formación), tampoco se obtuvieron diferencias

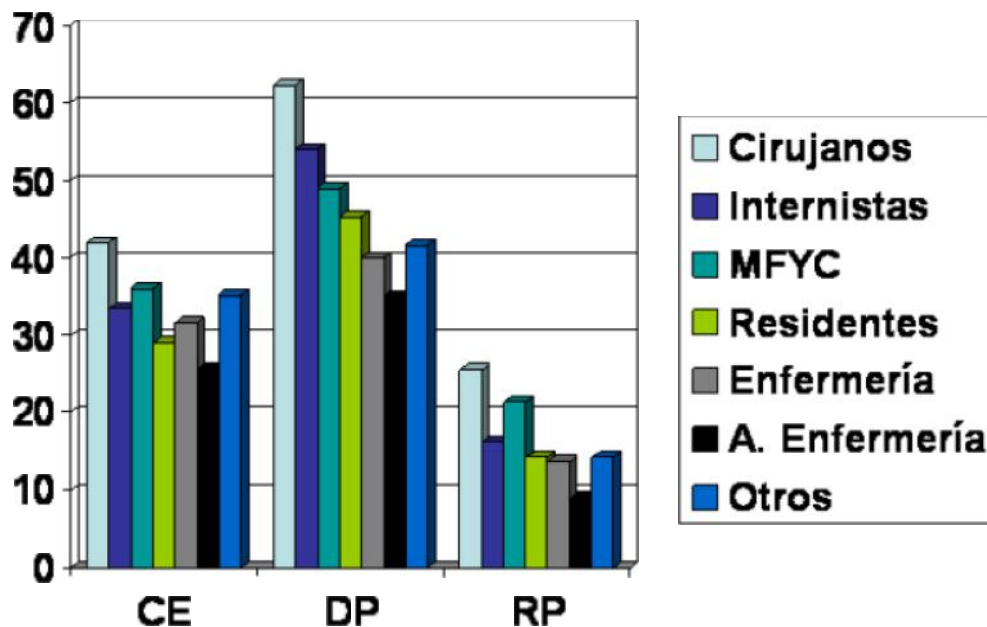
estadísticamente significativas en las puntuaciones medias entre el grupo de médicos residentes frente al grupo de médicos especialistas, excepto para la dimensión de despersonalización de la escala de Maslach (tabla 4).

Dimensión MBI	N	Médicos residentes (n=46)	Médicos especialistas (n=175)	Diferencias Estadísticamente Significativas
Cansancio emocional	221	20,1 (10,5)	22,5 (11,3)	No (p=0,09)
Despersonalización	221	9,42 (1,8)	7,84 (2,2)	SI (p<0,001)
Realización personal	221	36 (8,2)	37,04 (7,3)	No (p=0,2)

Tabla 4. Puntuación media de los médicos residentes vs médicos especialistas en cada dimensión de la escala de Maslach.
(MBI: Maslach Burnout Inventory; N: número de cuestionarios evaluados. La desviación estándar se representa entre paréntesis debajo de cada valor medio)

En la gráfica 1 se ha representado el porcentaje de participantes de cada grupo con puntuaciones medio/altas en cada una de las tres dimensiones del MBI, pudiéndose observar que el grupo de médicos, en general, es el que mayor porcentaje de valores medios y/o elevados presenta en las tres dimensiones y, en concreto, el grupo de cirujanos (entendido como los médicos de especialidades quirúrgicas o médico-quirúrgicas, es decir, ámbito quirúrgico) es el de mayor porcentaje de participantes con puntuaciones medias y altas en cualquiera de las dimensiones de la escala. El porcentaje del grupo de cirujanos, con respecto al resto de grupos, presenta diferencias estadísticamente significativas para las tres dimensiones con respecto al grupo de residentes (para CE, p=0,0007; para DP, p=0,49; para RP, p=0,049) y auxiliares de enfermería (para CE, p=0,04; para DP, p=0,004; para RP, p=0,04) y con respecto al grupo 'otros' (p=0,03) y el grupo de enfermería (p=0,01) en la

dimensión de despersonalización. No se observaron diferencias significativas con respecto al resto de grupos en ninguna de las tres dimensiones.



En el análisis estadístico bivariado se observó que la edad, los años trabajados, el ámbito de trabajo (quirúrgico/médico), el estado civil y el estamento se relacionan de forma estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con altos grados de Síndrome de Burnout, al menos en alguna de las 3 dimensiones que mide la escala. Una edad mayor de 40 años se correlacionó con un mayor grado de Síndrome de Burnout, así como llevar más de 15 años trabajando en la empresa. El ámbito quirúrgico o tener hijos se correlaciona con mayor porcentaje de burnout, los divorciados mostraron mayor tasa de burnout en las tres dimensiones. En cuanto a los estamentos y el tipo de contrato; el estamento que engloba "otros" demuestra tasas más elevadas de Cansancio Emocional y el tener un contrato fijo se correlaciona

con mayor grado de burnout globalmente. Para el resto de variables no hemos observado diferencias significativas (tabla 5).

Variables	CE (p<0,05)	DP (p<0,05)	RP (p<0,05)
Estamento			
Médicos	No	No	No
Enfermeras	No	No	No
Aux. Enf	No	No	No
Otros	SI	No	No
Ámbito			
Quirúrgico	SI	SI	SI
Médico	No	No	No
Sexo			
Hombre	No	No	No
Mujer	No	No	No
Estado civil			
Soltero	No	No	No
Casado/Pareja	No	No	No
Separado	SI	SI	SI
Viudo	No	No	No
Contrato			
Fijo	SI	SI	SI
Temporal	No	No	No
Hijos			
Si	SI	SI	No
No	No	No	No
Años trabajados			
<5 años	No	No	No
5-10 años	No	No	No
11-15 años	No	No	No
>15 años	SI	SI	SI
Edad			
<30 años	No	No	No
30-40 años	No	No	No
>40 años	SI	SI	SI

Tabla 5. Análisis bivariante.

(CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal;
Aux. Enf: Auxiliar Enfermería. Se considera la significación estadística p<0,05)

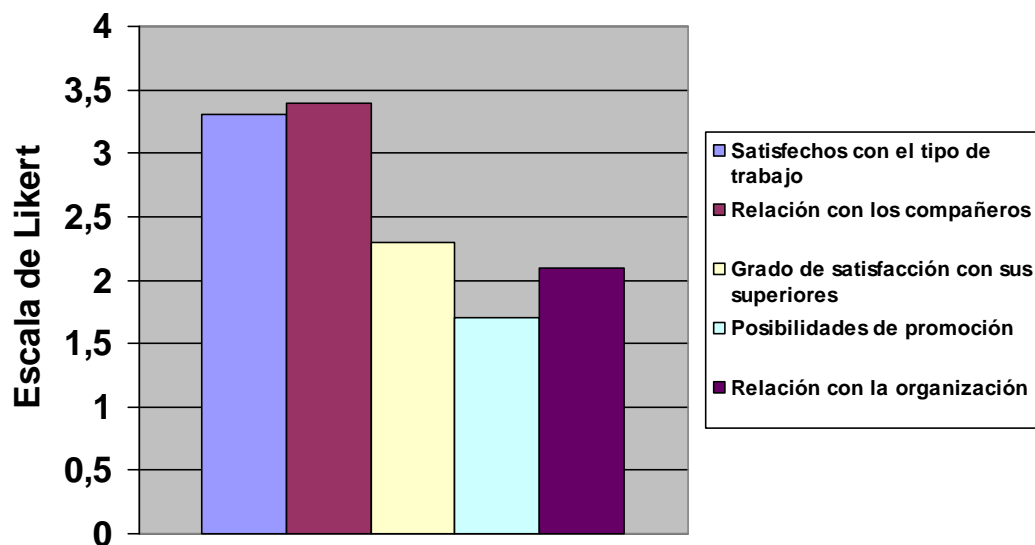
En la tabla 6 se presentan los resultados del análisis de regresión logística de los tres modelos analizados. El estamento de enfermería tiene un efecto protector sobre el SdBt alto tanto para la escala CE como para RP. Se observa también un efecto independiente y positivo de la viudedad y el tipo de contrato fijo en la escala CE sin llegar a la significación estadística que consideramos al plantear el estudio ($p < 0,05$). En cuanto al Burnout alto para la escala DP, el sexo masculino demostró ser un factor de riesgo independiente y estadísticamente significativo.

	Odds ratio	IC _{95%}	P
CE			
<i>Estamento</i>			
Médicos	1,42	(0,54-4,3)	0,62
Enfermería	0,24	(0,08-0,78)	0,03
Aux. Enf	0,47	(0,15-2,15)	0,41
Otros	0,58	(0,16-2,53)	0,52
<i>Estado civil</i>			
Soltero	1	-	-
Casado/Pareja	1,4	(0,35-5,88)	0,61
Separado	1,63	(0,24-10,87)	0,61
Viudo	6,17	(0,82-46,28)	0,08
<i>Contrato</i>			
Fijo	1	-	-
Temporal	0,21	(0,04-1,21)	0,08
DP			
<i>Estamento</i>			
Médicos	4,81	(0,60-38,41)	0,14
Enfermería	4,79	(0,48-47,8)	0,18
Aux. Enf	6,07	(0,62-59,21)	0,12
Otros	6,62	(0,61-71,86)	0,12
<i>Sexo</i>			
Hombre	1	-	-
Mujer	0,29	(0,12-0,68)	0,004
CE			
<i>Estamento</i>			
Médicos	0,52	(0,14-1,86)	0,32
Enfermería	0,23	(0,05-0,97)	0,04
Aux. Enf	0,08	(0,01-0,73)	0,03
Otros	0,31	(0,03-2,75)	0,29

Tabla 6. Análisis multivariante (regresión logística).
 (CE: Cansancio emocional; DP: Despersonalización; RP: Realización personal;
 Aux. Enf: Auxiliar Enfermería. Se considera la significación estadística p<0,05)

4.3 RESULTADOS DE LA ENCUESTA DE SATISFACCIÓN LABORAL.

En cuanto a la satisfacción laboral, a la pregunta: “*Si se sentían satisfechos con el tipo de trabajo*” obtuvimos un valor medio de 3,3 sobre 4 en la escala de Likert, por tanto, se puede decir que la satisfacción ante el trabajo diario es buena, al igual que “*la relación con los compañeros*” (3,4 de puntuación media), lo que contrasta con “*el grado de satisfacción con sus superiores*” (puntuación media de 2,3), “*las posibilidades de promoción*” (1,7 puntos) y “*la relación con la organización*” (valor medio de 2,1).



5 DISCUSIÓN.

5.1 SOBRE LA METODOLOGÍA.

i. Tipo de estudio desarrollado.

El tipo de estudio que hemos realizado (estudio prospectivo y transversal de prevalencia) consideramos que es el óptimo para tratar de conseguir los objetivos que nos planteamos inicialmente porque permite examinar las relaciones entre el Síndrome de Burnout y las principales características relacionadas con la salud y otras variables de interés (sexo, edad, situación familiar, laboral, tipo de trabajo, etc.) del modo en que existen en una población y momento determinados.

Entre las *ventajas* de este tipo de diseños metodológicos destacan:

- Sencillez y bajo costo.
- Permiten el estudio de enfermedades crónicas.
- Permiten plantear la existencia de asociaciones.
- Contribuyen a una adecuada caracterización de la población afectada.
- Permiten la elaboración de estimadores de riesgo.

Siendo sus principales *desventajas*:

- No permiten inferir causalidad, sino simplemente permiten establecer asociaciones generales.
- Sujetos a sesgos por eventuales cambios en la población en los periodos previos al estudio.
- Limitados a sujetos vivos (posible fuente de sesgo de selección).

A pesar de los 'pros y contras' de los mismos, globalmente, suponen una herramienta muy útil y fiable para determinar la prevalencia y los factores asociados de enfermedades en una determinada población. Este punto es muy importante en el caso que nos ocupa, ya que el Síndrome de Burnout no sólo es una enfermedad cada vez más prevalente, no sólo en la población general trabajadora, sino en el personal sanitario, y tiene unos costes sociales, económicos y laborales muy importantes por lo que, disponer de información sobre su prevalencia y factores que contribuyen o que se asocian con el mismo es de gran utilidad para poder dimensionar el problema real e intentar establecer las medidas correctoras y preventivas más útiles^{3,8-15,116-125-142}.

El grado de respuesta observado en nuestro estudio es muy elevado para tratarse de una encuesta, lo que podría interpretarse en el sentido de que los trabajadores seleccionados podrían haberse sentido obligados a contestar y, en consecuencia, que las respuestas obtenidas pudieran estar sesgadas. Otra interpretación podría ser que los trabajadores más motivados han sido los que han decidido entregar la encuesta. Creemos que el hecho de que el cuestionario sea anónimo y su entrega también lo sea y no esté sometida al hecho de corresponder al entrevistador eliminaría este posible sesgo. A similares conclusiones y resultados han llegado otros estudios realizados con metodología similar¹²⁶.

En cuanto al cuestionario BMI empleado en el estudio, no procedimos a su validación en España debido a que ya ha sido realizada con éxito por otros grupos con anterioridad^{93,94}. Este punto es importante porque si un cuestionario

o test diagnóstico fue elaborado originariamente en otro país y para una población distinta, supone un error en cuanto a la posibilidad de obtener resultados con buena validez externa y precisión si no ha sido validado previamente en una población similar a la que se va a proceder a estudiar, es decir, la idea tan extendida en los estudios con escalas y tests diagnósticos de traducirlos directamente el propio equipo investigador o un traductor oficial y aplicarlos en un estudio sin, previamente, seguir los pasos clásicos de validación metodológica y valorar su aplicabilidad en nuestros pacientes supone un sesgo frecuente que ha de ser evitado^{127,134,135,141,142}.

Otro aspecto discutible sería la clasificación del burnout en bajo-medio-alto pero consideramos que es la mejor referencia posible, al tratarse de un estudio realizado en España entre profesionales sanitarios^{93,94}, aunque otros estudios utilicen como referencia los valores del estudio global llevado a cabo por Maslach en Estados Unidos³.

ii. Sobre las limitaciones del estudio.

Las limitaciones de nuestro estudio se pueden dividir en 2 aspectos fundamentalmente:

- Derivadas del tipo de estudio: Al ser un estudio de diseño transversal, tipo encuesta, sólo permite estudiar asociaciones entre las variables, sin posibilidad de establecer causalidad. Además, al ser anónimo no permiten identificar cambios con seguimientos posteriores.

- Derivadas de la muestra: Al tratarse de una muestra escasa de profesionales, nuestras conclusiones pueden no ser del todo generalizables. Además, podría existir un sesgo de selección si los participantes en el estudio son los que están más motivados y muestran menor prevalencia de Síndrome de Burnout. En estudios similares, el tamaño muestral ha sido semejante^{126,128-130}. Además, al tratarse de estudios tipo encuesta es difícil obtener tamaños muestrales más elevados debido a que el grado de participación es muy variable y muy dependiente de la muestra a estudio¹²⁶.

5.2 SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.

Comparando los datos de nuestro estudio con otras publicaciones en sanitarios españoles, observamos que nos encontramos en un punto intermedio de prevalencia, entre los autores que han detectado tasas muy bajas del mismo^{14,126} y las altas tasas publicadas de forma constante en la bibliografía^{13,19,25-27}. La causa de esta prevalencia intermedia podría estar, por un lado, por el tipo de estudio, ya que la mayoría de los estudios se basan en un grupo concreto de trabajadores y no en todo el ámbito sanitario como ocurre en el nuestro, y por otro, el hecho de que la mayoría de estudios en España se han centrado en el ámbito de la atención primaria, mientras que nosotros hemos incluido tanto ésta, como el ámbito hospitalario, no encontrando diferencias significativas entre los médicos que desarrollan su

trabajo en Atención Extrahospitalaria (médicos de familia), frente a los que lo hacen en el hospital. Por otro lado, el incluir un grupo representativo de médicos residentes (en formación), consideramos que es útil para poder valorar y comparar las tres dimensiones del BMI entre los médicos que están en periodo de formación y los que ya son especialistas, circunstancia que ha sido publicada recientemente por algunos autores^{116-121,130}. Aunque los resultados obtenidos en nuestro estudio en el grupo de residentes son muy similares a los obtenidos en el grupo global y en el de médicos especialistas, destaca un mayor grado de despersonalización de estos con respecto a los especialistas, así como un menor porcentaje de burnout en las tres dimensiones con respecto al grupo quirúrgico. Hallazgos que no hemos observado en la bibliografía publicada.

Nuestros datos son superponibles a los obtenidos en los estudios publicados en poblaciones sanitarias que desarrollan su trabajo en otros países distintos al nuestro^{5,8-10,21,23,28-30, 125-133}, lo que indica que se trata de un situación global que está adquiriendo el grado de problema de salud pública, por tanto, consideramos que los agentes sanitarios deberían tomar las medidas necesarias para su detección y control.

Entre los factores relacionados con el Síndrome de Burnout destacan el estamento quirúrgico o administrativo, el sexo varón, el estado civil separado o viudo, el contrato laboral fijo, tener hijos y la mayor edad^{14,19,30,126-135}. En nuestro estudio hemos podido comprobar la mayoría de ellos, pero no hemos observado mayores tasas en viudos, sino todo lo contrario porque en

la regresión logística parece ser que ser viudo o personal de enfermería supondría un factor protector frente a este síndrome de desgaste en el trabajo. Hemos observado unas tasas de burnout en enfermería más bajas que en médicos, como ya se ha visto en otras publicaciones^{14,29,30,126,140}.

Aunque en el ámbito sanitario es frecuente la idea de que el personal de enfermería presenta un alto riesgo de padecer SdBt, los resultados de nuestro estudio desmitifican dicha creencia e incluso destacan esta circunstancia como un posible factor protector frente a él. Las razones últimas de este fenómeno las desconocemos y habría que realizar nuevos estudios de intervención o de casos-controles controlando variables importantes como el tipo de turno y la distribución de la jornada laboral, debido a que, desde hace algunos años, al personal de enfermería hospitalaria de nuestra Área de Salud se le aplica el llamado 'turno antiestrés' que consiste en un turno rodado de mañanas, tardes, noches y un descanso proporcional en días que quizás sea uno de los factores que contribuya a explicar dicho efecto protector.

SOBRE EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS PARA PREVENIR Y REDUCIR EL SÍNDROME DE BURNOUT^{65,66,69,70,83,84,86,98,99,101,106,133}

Dada la alta prevalencia del Síndrome de Burnout entre el personal sanitario y las consecuencias negativas que supone para el profesional, el sistema, y los pacientes implicados, consideramos que es fundamental el desarrollo de estrategias por parte del Sistema Murciano de Salud para la detección, control, tratamiento y prevención del mismo.

Entre las líneas estratégicas a desarrollar para su manejo consideramos que se deben incluir las siguientes:

- *Planes de desarrollo de comunicación interna*, tanto entre trabajadores como entre trabajadores y directivos, con el fin de:
 - a) Detectar y tratar de solucionar los problemas diarios que afectan al profesional y su entorno;
 - b) Identificar áreas de mejora;
 - c) Planificar y organizar la gestión de forma conjunta, implicando al trabajador en las decisiones gestoras que le atañen.

- *Medidas para el desarrollo estratégico, personal y emocional de los trabajadores*: educando al propio personal a organizar su trabajo para incrementar de esta manera la autonomía junto con el aumento de la equidad en la distribución del trabajo y los recursos.

- *Planes concretos de incentivos a corto, medio y largo plazo:* El reconocimiento empresarial y social del trabajo realizado, puede disminuir la incidencia y prevalencia del Síndrome de Burnout, con premios tanto laborales (inscripciones a cursos relacionados con su trabajo en los que esté interesado el personal, ayuda para la organización de jornadas de actualización científica,...), como económicos al presentar trabajos científicos (comunicaciones a congresos, publicaciones en revistas científicas,..)

- *Cursos de formación en técnicas de autocontrol y gestión del estrés:* Cuantas más “herramientas” psicológicas tenga a su disposición el trabajador y más preparado se sienta para afrontar la adversidad menor será el riesgo de caer o recaer en este síndrome.

6 CONCLUSIONES.

1ª.- Hemos observado una relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del Síndrome de Burnout y determinadas características socio-demográficas del personal sanitario.

2ª.- La prevalencia de Síndrome de Burnout en los trabajadores sanitarios del Área de Salud VI de la Región de Murcia es alta para Despersonalización e intermedia para Cansancio Emocional y Realización Personal.

3ª.- Los factores sociodemográficos relacionados con el desarrollo del Síndrome de Burnout son: la edad (mayores de 40 años), los años trabajados, el ámbito de trabajo (más prevalente en personal quirúrgico), el estado civil (divorciados) y los hijos, siendo factores protectores el estamento enfermería y ser viudo.

4ª.- Detectar la existencia de uno o más de los factores anteriores podría contribuir al diagnóstico precoz y/o prevención del síndrome.

5ª.- A pesar de existir una alta prevalencia de burnout en nuestra población de estudio, la encuesta de satisfacción laboral que elaboramos refleja que los profesionales sanitarios del Área de Salud estudiada consideran que su nivel de satisfacción es bueno, especialmente, en cuando a la relación con los compañeros.

7 BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Schwartz MS, Will GT. Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Psychiatry* 1953;16:337-53.
- 2.- Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal Of Social Sigues* 1974;30:159-65.
- 3.- Maslach C, Pines A. The burnout syndrome in day care setting. *Child Care Quarterly* 1977;6:100-13.
- 4.- Pines A, Maslach C. Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hosp Community Psychiatry*. 1978;29(4):233-7.
- 5.- Italia S, Favara-Scacco C, Di Cataldo A, Russo G. Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psychooncology*. 2007 Nov 9; [Epub ahead of print].
- 6.- Grau A, Suñer R, García MM. Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. *Gac Sanit*. 2005 Nov-Dec;19(6):463-70.
- 7.- López Franco M, Rodríguez Núñez A, Fernández Sanmartín M, Marcos Alonso S, Martínón Torres F, Martínón Sánchez JM. Burnout syndrome among health workers in pediatrics. *An Pediatr (Barc)*. 2005 Mar;62(3):248-51.
- 8.- Quattrin R, Zanini A, Nascig E, Annunziata M, Calligaris L, Brusaferrero S. Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncol Nurs Forum*. 2006 Jul 1;33(4):815-20.
- 9.- Sherman AC, Edwards D, Simonton S, Mehta P. Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliat Support Care*. 2006 Mar;4(1):65-80.
- 10.- Bennett S, Plint A, Clifford TJ. Burnout, psychological morbidity, job satisfaction, and stress: a survey of Canadian hospital based child protection professionals. *Arch Dis Child*. 2005 Nov;90(11):1112-6.
- 11.- Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal Of Occupational Psychology* 1981;2:99-13.
- 12.- Maslach C, Schaufeli B, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol*. 2001;52:397-422.
- 13.- Cebrià J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, et al. Rasgos de personalidad y *burnout* en médicos de familia. *Aten Primaria*. 2001; 27:459-68.
- 14.- Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit*. 2002;16:480-6.
- 15.- Hidalgo I, Díaz RJ. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. *Med Clin (Barc)*. 1994;103: 408-12.
- 16.- Atance JC. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de *burnout* en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública*. 1997;71: 293-303.
- 17.- Gil-Monte PR, Peiró JM. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse en el trabajo. *Anales de Psicología*. 1999;15:261-8.
- 18.- Riolli L, Savicki V. Optimism and coping as moderators of the relation between work resources and burnout in information service workers. *Int J Stress Manag*. 2003;10:235-52.
- 19.- Caballero MA, Bermejo F, Nieto R, Caballero F. Prevalencia y factores asociados al *burnout* en un área de salud. *Aten Primaria*. 2001;27:313-7.
- 20.- Sobrequés J, Cebrià J, Segura J, Rodríguez C, García M, Juncosa S. La satisfacción laboral y el desgaste profesional de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;31:-227-33.
- 21.- Palmer-Morales Y, Prince-Vélez R, Searcy-Bernal R, Compean-Saucedo B. Prevalence of burnout syndrome in nurses in 2 Mexican hospitals. *Enferm Clin*. 2007;17(5):256-60.
- 22.- Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez V. Burnout syndrome among nursing staff at a hospital in Madrid. *Rev Esp Salud Publica*. 2004;78(4):505-16
- 23.- Escribà-Agüir V, Martín-Baena D, Pérez-Hoyos S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006;80(2):127-33.
- 24.- Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. En: Seisdedos N, editor. *Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA; 1997. p. 5-28.
- 25.- Belloch SL, Renovell V, Calabuig JR, Gómez L. Síndrome de agotamiento profesional en médicos residentes de especialidades médicas hospitalarias. *An Med Interna* 2000;17:118-22.

- 26.- Bustinza A, López-Herce J, Carrillo A, Vigil MD, De Luca N, Panadero E. Situación de burnout de los pediatras intensivistas españoles. *An Esp Pediatr* 2000;52:418-23.
- 27.- Olivar C, González S, Martínez MM. Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Aten Primaria* 1999;24:352-9.
- 28.- Prins JT, Hoekstra-Weebers JE, van de Wiel HB, et al. Burnout among Dutch medical residents. *Int J Behav Med.* 2007;14(3):119-25.
- 29.- Gershon RR, Stone PW, Zeltser M, Faucett J, Macdavit K, Chou SS. Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Ind Health.* 2007 Oct;45(5):622-36.
- 30.- Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction and its related factors: a questionnaire survey of hospital nurses in Mainland China. *Int J Nurs Stud.* 2007 May;44(4):574-88.
- 31.- Zanatta AB, Lucca SR. Prevalence of Burnout syndrome in health professionals of an onco-hematological pediatric hospital. *Rev Esc Enferm USP.* 2015 Mar-Apr;49(2):253-8.
- 32.- Cubero DI, Fumis RR, de Sá TH, Dettino A, Costa FO, Van Eyll BM, Beato C, Peria FM, Mota A, Altino J, Azevedo SJ, da Rocha Filho DR, Moura M, Lessa ÁE, Del Giglio A. "Burnout in Medical Oncology Fellows: a Prospective Multicenter Cohort Study in Brazilian Institutions". *J Cancer Educ.* 2015 May 9. [Epub ahead of print].
- 33.- Ferrari S, Cuoghi G, Mattei G, Carra E, Volpe U, Jovanovic N, Young And Burnt Italian Contribution To The International BurnOut Syndrome Study Boss A J, Rigatelli M, Galeazzi GM, Pingani L. Young and burnt? Italian contribution to the international BurnOut Syndrome Study (BOSS) among residents in psychiatry. *Med Lav.* 2015 May 4;106(3):172-85.
- 34.- Aksoy DY, Durusu Tanriover M, Unal S, Dizdar O, Kalyoncu U, Karakaya J, Unal S, Kale G. Burnout syndrome during residency in internal medicine and pediatrics in a country without working time directive. *Int J Health Care Qual Assur.* 2014;27(3):223-30.
- 35.- Acker GM. The impact of client's mental illness on social worker's job satisfaction and burnout. *Health and Social Work* 1999; 24: 112-120.
- 36.- Volpe U, Luciano M, Palumbo C, Sampogna G, Del Vecchio V, Fiorillo A. Risk of burnout among early career mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2014 Nov;21(9):774-81.
- 37.- Magalhães E, Oliveira ÁC, Govêia CS, Ladeira LC, Queiroz DM, Vieira CV. Prevalence of burnout syndrome among anesthesiologists in the Federal District. *Rev Bras Anestesiol.* 2015 Mar-Apr;65(2):104-10.
- 38.- Albadalejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Dominguez V. Burnout syndrome among nursing staff at a hospital in Madrid. *Rev Esp Salud Publica.* 2004; 78(4): 505-516.
- 39.- Albanesi de Nasetta S. Risk factors in the health care workers. *Vertex.* 2003; 14(54): 280-285.
- 40.- Albee GW. Commenary on prevention and counseling psychology. *The Counseling Psychologist* 2000; 28: 845-853.
- 41.- Álvarez E, Fernández L. El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (I): revisión de estudios. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* 1991(36); 11:257-265.
- 42.- Álvarez Quesada, C; Hinojosa, C; Arriaga Arrizabalaga, A; Carrillo Baracaldo, J.A; Pernia Ramírez, I, El síndrome de desgaste profesional o de burnout ¿Pueden quemarse los dentistas?, *Gaceta Dental: Industria y Profesiones*, Mayo de 2003, España.
- 43.- Anaya Aceves JL, Ortiz Garcia AC, Panduro Vargas DR, Ramírez Rodríguez G. Burnout syndrome in family doctors and physician assistants. *Aten Primaria.* 2006; 15; 38(8): 467-468.
- 44.- Atance JC. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública* 1997; 71: 293-303.
- 45.- Bakker AB, Schaufeli WB, Demerouti E, Jansen PPM, Van der Hulst R, Brouwer J. Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety, Stress and Coping* 2000; 13: 247-268.
- 46.- Bamber M. An investigation of occupational stress among nurse tutors. *Nurs Pract.* 1991; 4(2): 19-22.

- 47.- Belloch Garcia SL, Renovell Farre V, Calabuig Alborch JR, Gomez Salinas L. The professional burnout syndrome in resident physicians in hospital medical specialties. *An Med Interna*. 2000 Mar; 17(3): 118-122.
- 48.- Bencomo J, Paz C, Liebster E. Personality traits, psychological adjustment, and burnout syndrome in nursing staff. *Invest Clin*. 2004 Jun; 45(2): 113-120.
- 49.- Blanch JM. Psicología del trabajo. En Alvaro JL. Et al (Eds.): *Psicología Social Aplicada* 1996: 95-117. Madrid: Mc Graw-Hill.
- 50.- Blegen MA. Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. *Nurs Res*. 1993; 42(1): 36-41.
- 51.- Bosch-Fontcuberta JM. Time is not only money, but is, above all, professional dignity. *Aten Primaria*. 2006; 15; 37(2): 75-77.
- 52.- Bustinza Arriortua A, Lopez-Herce Cid J, Carrillo Alvarez A, Vigel Escribano MD, de Lucas Garcia N, Panadero Carlavilla E. Burnout among Spanish pediatricians specialized in intensive care. *An Esp Pediatr*. 2000 May; 52(5): 418-423.
- 53.- Caballero Martin M, Bermejo Fernandez F, Nieto Gomez R, Caballero Martinez F. Prevalence and factors associated with burnout in a health area. *Aten Primaria*. 2001 Mar 31; 27(5):313-317.
- 54.- Calvete E, Villa A. Burnout y síntomas psicológicos: modelo de medida y relaciones estructurales. *Ansiedad y Estrés* 2000; 6: 117-130.
- Calíbrese JL. The principal: an agent for reducing teacher stress. *NAASP Bulletin* 1987; dec: 6-70.
- 55.- Campbell DA, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ. Burnout among American surgeons. *Surgery* 2001; 130: 696-705.
- 56.- Cano Peregrina MA, Garcia Cordoba C, Garcia Ruiz E, Lopez Abellan M, Parera Duarri N. Burn-out of nurses. *Enferm Intensiva*. 1996 Oct-Dec; 7(4): 138-146.
- 57.- Carlotto MS, Gobbi MD. Síndrome de burnout: un problema del individuo en el contexto de trabajo. *Alethea* 2000; 10: 103-114.
- 58.- Carmona F, Sanz L, Marín D. Síndrome de burnout y reactividad al estrés en una muestra de profesionales de enfermería de una unidad de cuidados intensivos. *Rev Enf* 2005; 3: 6-13.
- 59.- Casado Moragon A, Munoz Duran G, Ortega Gonzalez N, Castellanos Asenjo A. Burnout in professionals belonging to palliative, intensive care and emergency services in a general hospital. *Med Clin (Barc)*. 2005; 16; 124(14): 554-555.
- 60.- Cebria J, Segura J, Corbella S, Sos P, Comas O, García M, Rodríguez C, Pardo MJ, Pérez J." Rasgos de Burnout y Personalidad en Médicos de Familia". *Atención Primaria* 2001. 27(7): 459-468.
- 61.- Cebria J, Sobreques J, Rodriguez C, Segura J. Influence of burnout on pharmaceutical expenditure among primary care physicians. *Gac Sanit*. 2003 Nov-Dec; 17(6): 483-489.
- 62.- Cebria Andreu J. Commentary: chronic distress and worker burnout: hypotheses about causes and classification. *Aten Primaria*. 2003 May 31; 31(9): 572-574.
- 63.- Cebria-Andreu J. Commentary: the professional burnout syndrome as a public health problem. *Gac Sanit*. 2005; 19(6): 470.
- 64.- Charnes, Gabriela. La calidad de vida de los profesionales de la salud: previniendo el síndrome de "burnout"; 2001.
- 65.- Cheek JR, Bradley LJ, Parr G, Lau W. Using music therapy techniques to treat teacher burnout. *Journal of Mental Health Counseling* 2003; 25: 204-217.
- 66.- Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. New York 1980: Praeger.
- 67.- Cooper CL, Kelly M. Occupational stress in head teachers: A national UK study. *British Journal of Educational Psychology* 1993; 63: 130-143.
- 68.- Corsi, Jorge. El síndrome "burnout". Síndrome de estrés crónico en profesionales que trabajan en el campo de la violencia familiar. *Mujer Fempress* Nº 219-220, febrero-marzo 2000, pp. 21-22.
- 69.- Crews DJ, Landres DM. A meta-analysis review of aerobic fitness and reactivity to psychological stressors. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 1987; 19: 114-120.
- 70.- Cunningham WG. Teacher burnout solutions for the 1980's. A review of the literature. *The Urban Review* 1983; 15: 37-51.
- 71.- Curiel-García JA, Rodríguez-Moran M, Guerrero-Romero F. Burnout syndrome among health staff. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2006; 44(3): 221-226.

- 72.- Da Silva Sobral De Matos H, Daniel Vega E, Perez Urdaiz A. A study of the burnout syndrome in medical personnel of a general hospital. *Actas Esp Psiquiatr.* 1999 Sep-Oct; 27(5): 310-320.
- 73.- De Heus P, Diekstra RFW. Do teachers burnout more easily? A comparison of teacher with other social professions on work stress and burnout symptoms. En R. Vanderberghe y AM Huberman (Eds.), *Understanding and preventing teacher burnout 1999*; 269-284. New York: Cambridge University Press.
- 74.- De Pablo Gonzalez R, Suberviola Gonzalez JF. The prevalence of the burnout syndrome or professional exhaustion in primary care physicians. *Aten Primaria.* 1998 Nov 30; 22(9): 580-4.
- 75.- Diaz Gonzalez RJ, Hidalgo Rodrigo I. The burn-out syndrome in physicians of the public health system of a health area. *Rev Clin Esp.* 1994 Sep; 194(9): 670-676.
- 76.- Edwards D, Burnard P, Owen M, Hannigan B, Fotherhill A, Coyle D. A systematic review of the effectiveness of stress-management interventions for mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2003; 10(3): 370-371.
- 77.- Eisenman D, Weine S, Green B, de Jong J, Rayburn N, Ventevogel P, Keller A, Agani F. The ISTSS/Rand guidelines on mental health training of primary healthcare providers for trauma-exposed populations in conflict-affected countries. *J Trauma Stress.* 2006; 19(1): 5-17.
- 78.- Epstein RM. Communication, burnout and clinical results: more questions than answers. *Aten Primaria.* 2001 Apr 30; 27(7): 511-513.
- 79.- Escriba Aguir V, Mas Pons R, Cardenas Echegaray M, Burguete Ramos D, Fernandez Sanchez R. Work-related stress factors and the psychological well-being of hospital nurses. *Rev Enferm.* 2000 Jul-Aug; 23(7-8): 506-511.
- 80.- Escriba-Aguir V, Bernabe-Muñoz Y. Job stress perceived by hospital medical staff. *Gac Sanit.* 2002 Nov-Dec; 16(6): 487-496.
- 81.- Esteva M, Larraz C, Soler J, Yaman H. Burn-out in Spanish general practitioners. *Aten Primaria.* 2005; 15; 35(2): 108-109.
- 82.- Esteva M, Larraz C, Jimenez F. Mental health in family doctors: effects of satisfaction and stress at work. *Rev Clin Esp.* 2006; 206(2): 77-83.
- 83.- Evers WJG, Gerrichhauzen J, Tomic W. The prevention and mending of burnout among secondary school teachers. Netherlands, 2000: Report Research.
- 84.- Faragher EB, Cass M, Cooper CL. The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2005; 62(2): 105-112. Review.
- 85.- Farber BA. Treatment strategies for different types of teacher burnout. *J Clin Psychol.* 2000; 56(5): 675-689.
- 86.- Faura i Vendrell T. The burnout syndrome. Nursing, a high-risk group. *Rev Enferm.* 1988 Apr; 11(116): 53-56.
- 87.- Fernández Torres B, Roldan Perez LM, Guerra Velez A, Roldan Rodríguez T, Gutierrez Guillén A, De las Mulas Bejar M. Prevalence of burnout among anesthesiologists at Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2006; 53(6): 359-362.
- 88.- García M, Sobrido N, García M, Raña C, Saleta, JL. El Síndrome Burnout en Profesionales de Enfermería. *Enfermería Científica* 1999; 202:61-67.
- Gelfand DV, Podnos YD, Carmichael JC, Saltzman DJ, Wilson SE, Williams RA. 89.- Effect of the 80-hour workweek on resident burnout. *Arch Surg* 2004; 139: 933- 940.
- 90.- Gervas JJ. The reform of primary care in Spain: a pragmatic proposal. *Gac Sanit.* 1989 Jul-Aug; 3(13):476-81.
- 91.- Gervas J, Hernandez-Monsalve LM. Self esteem among physicians and health care reform. *Med Clin (Barc).* 1994 Oct 8; 103(11): 421-422.
- 92.- Gil-Monte PR, Peiró JM, Valcárcel P. 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* 1996; 6(2):43-63.
- 93.- Gil-Monte PR, Peiró JM. Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multicategorial. *Psicothema* 1999; 11(3): 679-689.
- 94.- Gil-Monte PR. Factorial validity of the Spanish adaptation of the Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Salud Publica Mex.* 2002 Jan-Feb; 44(1): 33-40.
- 95.- Giron M, Bevia B, Medina E, Talero MS. Quality of the physician-patient relation and results of clinical encounters in primary care in Alicante: a study with focal groups. *Rev Esp Salud Publica.* 2002 Sep-Oct; 76(5): 561-575.

- 96.- Grau A, Suner R, Garcia MM. Burnout syndrome in health workers and relationship with personal and environmental factors. *Gac Sanit.* 2005; 19(6): 463-470.
- 97.- Greenglass ER, Fiksenbaum L, Burke R. Components of social support, buffering effects and burnout: implications for psychological functioning. *Anxiety, Stress and Coping* 1996; 9: 185-197.
- 98.- Guerrero E. Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesores universitarios. *Annales de Psicología* 2003; 19(1): 145-158.
- 99.- Halbesleben JR. Sources of social support and burnout: a meta-analytic test of the conservation of resources model. *J Appl Psychol.* 2006; 91(5): 1134-1145.
- 100.- Jimenez Alvarez C, Morales Torres JL, Martinez Martinez C. Study of "burnout" syndrome in Spanish pediatric surgeons. *Cir Pediatr.* 2002 Apr; 15(2): 73-78.
- 101.- Kelchtermans, G. y Strittmatter, A. Beyond individual burnout: A perspective for improved schools. Guideline for the prevention of burnout. En R. Vandenberghe y A.M. Huberman (Eds.), *Understanding and preventing teacher burnout*, 1999: 304-315. Nueva York: Cambridge University Press.
- 102.- Lopez Franco M, Rodriguez Nuñez A, Fernandez Sanmartin M, Marcos Alonso S, Martinon Torres F, Martinon Sanchez JM. Burnout syndrome among health workers in pediatrics. *An Pediatr (Barc).* 2005; 62(3): 248-251.
- 103.- Lopez Rodrigo M. Stress in nursing professionals. On what and on whom does it reflect?. *Rev Enferm.* 1995 May; 18(201): 65-68.
- 104.- Marin-Lluch P, Garcia-Domingo C, Muñoz-Fernandez JL, Rabanaque-Mallent G. Detection of psychiatric and social risks in health professionals in a health district. *Aten Primaria.* 2006; 37(5): 302-303.
- 105.- Bianchi R. A reflection on the measurement of the burnout syndrome. *Acad Emerg Med.* 2015 Mar;22(3):378.
- 106.- Zielhorst T, van den Brule D, Visch V, Melles M, van Tienhoven S, Sinkbaek H, Schrieken B, Tan ES, Lange A. Using a digital game for training desirable behavior in cognitive-behavioral therapy of burnoutsyndrome: a controlled study. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* 2015 Feb;18(2):101-11.
- 107.- Veyssier-Belot C. Burnout syndrome among physicians. *Rev Med Interne.* 2015 Apr;36(4):233-6.
- 108.- Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 18(4): CD002892. Review.
- 109.- Mark C, Pierce B, Molloy N. The construct validity of the Maslach Burnout Inventory: some data from down under. *Psychological Reports* 1989; 65: 1340-1342.
- 110.- Martinez de la Casa Muñoz A, del Castillo Comas C, Magana Loarte E, Bru Espino I, Franco Moreno A, Segura Frago A. Study of the prevalence of burnout in doctors in the Health Area of Talavera de la Reina. *Aten Primaria.* 2003 Oct 15; 32(6): 343-348.
- 111.- Palmer-Morales LY, Gomez-Vera A, Cabrera-Pivaral C, Prince-Velez R, Searcy-Bernal R. Prevalence of Burnout syndrome among anesthesiologists in Mexicali. *Gac Med Mex.* 2005; 141(3): 181-1813.
- 112.- Redondo Granado MJ. Frequent errors in the comparison of results of studies on burnout. *An Pediatr (Barc).* 2005; 63(4): 380-3801; author reply 381.
- 113.- Tremolada M, Schiavo S, Tison T, Sormano E, De Silvestro G, Marson P, Pierelli L. Stress, burnout, and job satisfaction in 470 health professionals in 98 apheresis units in Italy: A SIdEM collaborative study. *J Clin Apher.* 2015 Jan 24. doi: 10.1002/jca.21379. [Epub ahead of print]
- 114.- Pustułka-Piwnik U, Ryn ZJ, Krzywosza ski Ł, Sto ek J. Burnout syndrome in physical therapists - demographic and organizational factors. *Med Pr.* 2014;65(4):453-62.
- 115.- Tomljenovic M, Kolaric B, Stajduhar D, Tesic V. Stress, depression and burnout among hospital physicians in Rijeka, Croatia. *Psychiatr Danub.* 2014 Dec;26 Suppl 3:450-8.
- 116.- Rutter H, Herzberg J, Paice E. Stress in doctors and dentists who teach. *Med Educ.* 2002; 36(6): 543-549.

- 117.- Salas Arrambide M, Gabaldon Poc O, Mayoral Miravete JL, Perez-Yarza EG, Amayra Caro I. The pediatrician and child death: integration of palliative care in the pediatric intensive care unit. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 62(5): 450-457.
- 118.- Segura O. Burnout : concepts and implications affecting public health. *Biomedica*. 2014 Oct-Dec;34(4):535-45.
- 119.- Loera B, Converso D, Viotti S. Evaluating the psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) among Italian nurses: how many factors must a researcher consider? *PLoS One*. 2014 Dec 12;9(12):e114987.
- 120.- Sobreques J, Cebria J, Segura J, Rodriguez C, Garcia M, Juncosa S. Job satisfaction and burnout in general practitioners. *Aten Primaria*. 2003 Mar 15; 31(4): 227-233.
- 121.- Trucco M, Valenzuela P, Trucco D. Occupational stress in health care personnel. *Rev Med Chil*. 1999 Dec; 127(12): 1453-1461.
- 122.- Kotb AA, Mohamed KA, Kamel MH, Ismail MA, Abdulmajeed AA. Comparison of burnout pattern between hospital physicians and family physicians working in Suez Canal University Hospitals. *Pan Afr Med J*. 2014 Jun 19;18:164.
- 123.- Portoghese I, Galletta M, Coppola RC, Finco G, Campagna M. Burnout and workload among health care workers: the moderating role of job control. *Saf Health Work*. 2014 Sep;5(3):152-7.
- 124.- Amofo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors? *Occup Med (Lond)*. 2015 Mar;65(2):117-21.
- 125.- Urricelqui Chasco A, Sanz Aznarez AC. Work satisfaction and associated factors among nursing personnel: Navarra Hospital. *Rev Enferm*. 2000 May; 23(5): 353-356.
- 126.- Pera G, Serra-Prat M. Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gac Sanit*. 2002;16(6):480-6.
- 127.- Burghi G, Lambert J, Chaize M, Goinheix K, Quiroga C, Fariña G, Godino M, Pittini G, Pereda S, Fregossi C, Mareque S, Bagnulo H, Azoulay E. Prevalence, risk factors and consequences of severe burnout syndrome in ICU. *Intensive Care Med*. 2014 Nov;40(11):1785-6.
- 128.- Frutos-Llanes R, Jiménez-Blanco S, Blanco-Montagut LE. Burnout syndrome in general practitioners of Avila. *Semergen*. 2014 Oct;40(7):357-65.
- 129.- González-Ávila G, Bello-Villalobos H. Burnout effect on academic progress of Oncology medical residents. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2014 Jul-Aug;52(4):468-73.
- 130.- Cicchitti C, Cannizzaro G, Rosi F, Maccaroni R, Menditto VG. Burnout syndrome in pre-hospital and hospital emergency. Cognitive study in two cohorts of nurses. *Recenti Prog Med*. 2014 Jul-Aug;105(7-8):275-80.
- 131.- Garcia TT, Garcia PC, Molon ME, Piva JP, Tasker RC, Branco RG, Ferreira PE. Prevalence of burnout in pediatric intensivists: an observational comparison with general pediatricians. *Pediatr Crit Care Med*. 2014 Oct;15(8):e347-53.
- 132.- Pereira-Lima K, Loureiro SR. Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychol Health Med*. 2015;20(3):353-62.
- 133.- Navarro-González D, Ayechu-Díaz A, Huarte-Labiano I. Prevalence of burnout syndrome and its associated factors in Primary Care staff. *Semergen*. 2015 May-Jun;41(4):191-8.
- 134.- Gómez-Gascón T, Martín-Fernández J, Gálvez-Herrer M, Tapias-Merino E, Beamud-Lagos M, Mingote-Adán JC; Grupo EDESPROAP-Madrid. Effectiveness of an intervention for prevention and treatment of burnout in primary health care professionals. *BMC Fam Pract*. 2013 Nov 17;14:173. doi: 10.1186/1471-2296-14-173.
- 135.- Orena EF, Caldiroli D, Cortellazzi P. Does the Maslach Burnout Inventory correlate with cognitive performance in anesthesia practitioners? A pilot study. *Saudi J Anaesth*. 2013 Jul;7(3):277-82.
- 136.- Tijdink JK, Vergouwen AC, Smulders YM. Emotional exhaustion and burnout among medical professors; a nationwide survey. *BMC Med Educ*. 2014 Sep 4;14:183.
- 137.- Böhle A, Baumgartel M, Götz ML, Müller EH, Jocham D. Burnout of urologists in the country of schleswig-hostein, Germany: a comparison of hospital and private practice urologists. *J Urol*. 2001;165:1158-61.
- 138.- Firth-Cozens J. Doctors, their wellbeing and their stress. *BMJ*. 2003; 326:670-1.
- 139.- Pellegrini VD Jr. Mentoring during residency education. A unique challenge for the surgeon? *Clin Orthop Relat Res*. 2006;449:143-8.
- 140.- Sadat-Ali M, Al-Habdan IM, Al-Dakheel DA, Shiyan D. Are orthopedic surgeons prone to burnout? *Saudi Med J*. 2005;26:1180-2.

- 141.- Johnson JT, Wagner RL, Rueger RM, Goepfert H. Professional burnout among head and neck surgeons: results of a survey. *Head & Neck*. 1993;15:557-60.
- 142.- Moreno-Egea A, Latorre-Reviriego I, de Miquel J, Campillo-Soto A, Sáez J, Aguayo JL. Society and surgery. Burnout and súrgenos. *Cir Esp*. 2008 Mar;83(3):118-24.
- 142.- Moreno-Egea A, Latorre-Reviriego I, Morales-Cuenca G, Campillo-Soto A, Bataller-Peñafiel E, Sáez-Carreras J. How to avoid_burnout_syndrome_in a general surgical service. *Cir Cir*. 2009 Mar-Apr;77(2):149-55.